



Klinik Siloah
Worbstrasse 324
3073 Gümligen



Qualitätsbericht 2009

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern
und Basel-Stadt



A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	7
C1	Kennzahlen Akutsomatik	7
C2	Kennzahlen Psychiatrie	7
C3	Kennzahlen Rehabilitation	7
C4	Kennzahlen Langzeitpflege	7
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	8
D1	Zufriedenheitsmessungen	8
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	10
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	11
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	12
D2	ANQ-Indikatoren	13
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	13
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	13
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	14
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	14
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	15
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	16
D5	KIQ-Pilotprojekte	17
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	17
D5-2	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation	17
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	18
E1	Pflegeindikatoren	18
E1-1	Stürze	18
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	18
E2	Weitere Qualitätsindikatoren	19
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege	19
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings	19
F	Verbesserungsaktivitäten	20
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	20
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	20
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	21
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte (max 3 Seiten)	22
G	Schlusswort und Ausblick	24
H	Impressum	25
I	Anhänge	26

Neue Koordination im Qualitätsmanagement

Ab dem Jahr 2009 werden zahlreiche Institutionen des Gesundheitswesens ihre Berichte über die Qualitätsarbeiten und Resultate in einer einheitlichen Form mit dem hier vorliegenden Qualitätsbericht von H+ publizieren. Dies ist ein Meilenstein in der Geschichte des Schweizerischen Gesundheitswesens. Die verschiedenen Themen sind einheitlich gegliedert und dargestellt und dadurch lassen sich die Institutionen leichter miteinander vergleichen. Allerdings dürfen die einheitlichen Berichte nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Ausgangslage für Universitätskliniken oder aber ganz kleine Institutionen nicht dieselben ist. Es ist für die Qualitätsarbeit, für die Anzahl Messungen oder die Anzahl Zertifizierungen ein grosser Unterschied, ob 5 bis 10 Vollzeit-Mitarbeiter für Qualitätsprojekte zur Verfügung stehen oder ob ein Kleinspital gerade mal 20 oder 50 Stellenprozente ins Q-Management investieren kann. Über die Qualität der medizinischen Dienstleistung sagt dies noch nichts aus.

Koordinierte Messthemen

In vielen Kantonen werden neu die Messungen nach Empfehlung der ANQ, dem nationalen Verein für Qualitätssicherung in Spitälern koordiniert durchgeführt. Es handelt sich um ökonomisch relevante Themen wie nosokomiale Infekthäufigkeit, ungeplante Rehospitalisation, ungeplante Reoperation oder um ein Implantateregister. Die vorläufig kontinuierlich stattfindende Messung dieser Parameter macht Sinn und wird nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Einführung von DRG interessante Resultate liefern.

Weniger Outcome-Messungen

Mit der Einführung der oben genannten Messthemen (Pflicht-Themen im Kanton Bern), werden die bisher benützten Instrumente vom Verein Outcome weniger angewendet. Viele Q-Manager sind nicht unglücklich darüber, war es doch oft auch für mittelgrosse Spitäler sehr schwierig, die nötige Anzahl Datensätze zu generieren, damit ein statistisch einigermaßen verlässliches Resultat erzielt werden konnte. Oft mussten Messthemen nicht aus Interesse am Thema sondern aus Gründen der Pflichterfüllung gewählt werden – eine denkbar ungünstige Voraussetzung für die Durchführung medizinischer Messungen und die daraus folgende Qualitätsarbeit.

Neue Einsichten

Obwohl vom BAG favorisiert, hat sich mittlerweile die Einsicht durchgesetzt, dass Mortalitätszahlen ein schlechter Parameter sind, um die Qualität eines Spitals abzubilden. Wer genügend Fachwissen besitzt und erkennt, wie sich Patientenströme bei gewissen Diagnosen verhalten, der wird kaum mit Mortalitätszahlen operieren, um Qualität nachzuweisen. Es sind die Helios-Kliniken in Deutschland, welche unter anderem solche Zahlen regelmässig veröffentlichen. Die Helios-Kliniken gelten mittlerweile auch in der Schweiz als Vorbild, was Transparenz, Qualität und wirtschaftlichen Erfolg betrifft. Leider lassen solche Zahlen den Patienten meist hilflos zurück, denn er kann sie kaum interpretieren.

Letztendlich ist für viele Politiker und Versicherungsfachleute auch klar geworden, dass Behandlungs- oder Fallzahlen ebenfalls kein verlässlicher Qualitätsindikator sind. In Universitätskliniken verteilen sich bestimmte Operationstypen auf zahlreiche Chirurgen, in einem kleinen Spital operiert oft nur ein Chirurg, womit sich hohe Fallzahlen pro Operateur und damit ausgezeichnete Resultate ergeben können.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

1. Qualitätsstrategie der Klinik Siloah AG

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 Belegarztsptial 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 System 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 2009

2.1 PEQ – Patients' Experience Questionnaire

Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Messinstrument des Verein Outcome gemeinsam mit den anderen Spitälern im Kt. Bern inkl. Benchmark-Veranstaltung.

2.2 Austrittsmanagement

Analyse des Austrittsprozesses und Überarbeitung der Prozessschritte. Eine erneute Messung wichtiger, mit der Entlassung des Patienten in Zusammenhang stehenden Prozesse und Schnittstellen mit einem Messinstrument des Verein Outcome ist geplant

2.3 Neubau und Inbetriebnahme der Zentralsterilisation

Um den Empfehlungen von Swissmedic vollauf Rechnung tragen zu können, wurde die Zentralsterilisation neu gebaut und mit Geräten neuester Generation ausgerüstet. Ein abschliessendes Audit zeigte den Erfüllungsgrad der Vorgaben und die Verbesserungspotentiale. Diese werden im Laufe des Jahres 2010 angegangen.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

3.1 Einsatz der neu ausgebildeten Qualitätsmanagerin in der Pflege.

Die im Jahre 2008 in Q-Management ausgebildete Pflegefachkraft hat ihre Aufgabe als Q-Managerin Pflege aufgenommen. Sie analysiert einerseits die Pflegeprozesse und begleitet deren Weiterentwicklung. Andererseits unterstützt sie die Messungen der Patientenzufriedenheit und betreut weitere medizinische Messungen. Ausserdem kommuniziert sie Qualitätsziele, geplante Aktivitäten und Resultate an die Mitarbeitenden.

3.2 Übergang zu national koordinierten Messungen

Die Klinik Siloah hat die koordinierten Messungen übernommen, die vom nationalen Verein für Qualitätssicherung in Spitälern (ANQ) vorgeschlagen und von der kantonalen Gesundheitsdirektion als verbindlich erklärt wurden. Damit beteiligt sie sich an einem Mess- und Erhebungssystem, das nicht zuletzt mit der Einführung von DRG interessante Ergebnisse liefern wird.

Die Verbindung zu den kantonalen Fachstellen (QABE) wird durch den externen Q-Beauftragten sichergestellt.

3.3 Neubau und Inbetriebnahme der Zentralsterilisation

Um den Empfehlungen von Swissmedic vollauf Rechnung tragen zu können, wurde die Zentralsterilisation im Berichtsjahr 2009 neu gebaut und mit Geräten neuester Generation ausgerüstet. Die räumlichen Trennungen und die Abläufe wurden dem Medizinproduktegesetz angepasst und die verantwortlichen Personen erhielten eine entsprechende Schulung. Ein abschliessendes Audit zeigte den Erfüllungsgrad der Vorgaben. Im Laufe des Jahres 2010 wird ein neues Handbuch erstellt und die Prozesse und Dokumentationen überprüft.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Klinik Siloah wird sich noch vermehrt nach dem EFQM-Modell ausrichten und die Ergebnisse stärker gewichten, besonders im Bereich der Zufriedenheit der Patienten, der Mitarbeiter oder der Zuweiser. Prozessdokumentationen werden zusätzliche Bedeutung erhalten. Prozessanalysen und Prozessoptimierungen sollen die Wirtschaftlichkeit und Konkurrenzfähigkeit sichern.

Die Empfehlungen der ANQ resp. die Vorgaben des Kantons werden die Mess- und Überwachungstätigkeit im Q-Management bestimmen und Benchmarks mit den anderen Spitälern 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

☐	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	30 Stellenprozente 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
Franziska Eichenberger	031 958 11 11	franziska.eichenberger@siloh.ch	Q-Beauftragte Pflege

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	6224	neue Berechnungsart gegenüber 2008
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	keine Geburtshilfe
Anzahl stationäre Patienten	1858	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	0	keine Geburtshilfe
Anzahl Pflege tage gesamt	7700	
Bettenanzahl per 31.12.	33	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	3.4 Tage	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	79%	
Spitalgruppen: Nennung der akusomatischen Standorte		

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflege tage
stationär				
Der Betrieb hat volle Aufnahme pflicht		☐ ja	☐ nein	☐ teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl stationäre Patienten		
Anzahl Pflege tage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte		

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.		
Anzahl Pflege tage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung		
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte		

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
☐	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.	
☒	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: Nächste Messung:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☒	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		6 = bester Wert, 1 = schlechtester Wert (in Klammer: Wert aller Spitäler)
	5.6 (5.4)	Einschätzung ärztliche Versorgung
	5.6 (5.4)	Einschätzung pflegerische Versorgung
	5.5 (5.3)	Organisation, Management, Service
		Bemerkungen: Die Werte sind leicht höher als im Vorjahr, allerdings statistisch nicht signifikant. Wir liegen bei der Patientenzufriedenheit in erfreulich guten Bereichen und Projekte zur Steigerung dieser Zufriedenheit dürften schwierig zu lancieren sein. Wir sehen aber einen gewissen Handlungsbedarf aufgrund der handschriftlichen Rückmeldungen einzelner Patienten. Hier gibt es keine Trends. Es finden sich Verbesserungspotentiale in den Bereichen Kommunikation, Hotellerie und Organisation. Erfahrungsgemäss sind solche Rückmeldungen sehr wertvoll und die Aufarbeitung dieser Hinweise lohnt sich in jedem Falle.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

☐ Mecon ☐ Picker ☒ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☐ Anderes externes Messinstrument		
Name des Instrumentes	PEQ - Patients' Experience Questionnaire	Name des Messinstitutes	Verein Outcome, Zürich
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Kurzfragebogen mit 15 Fragen Bewertung: 1-6 (6=sehr zufrieden bis 1=sehr unzufrieden)		
Einschlusskriterien	-Alter >= 18 Jahre -Stationärer Aufenthalt von mindestens 1 bzw. 2 Tagen (1 bzw. 2 Übernachtungen) -Austritt nach Hause (bzw. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Reha) -Mehrfachhospitalisierte sollen innerhalb 30 Tagen nur einmal befragt werden. Ab >= 30 Tagen zwischen Austritt und stationärem Wiedereintritt kann die Patientin/der Patient auch ein zweites Mal befragt werden.		
Ausschlusskriterien	-Patienten, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllen -Wöchnerinnen -Verstorbene Patienten (im Spital und nach Spitalaufenthalt – sofern das Spital davon Kenntnis erhält) -Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz -Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose		
Rücklauf in Prozenten	74.8 % (5% Steigerung gegenüber Vorjahr)		
Erinnerungsschreiben?	☐ Nein.	☒ Ja, Einsatz wie folgt:	1 x nach 4 Wochen

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
☐	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐ Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☐	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐ Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☐	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐ Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?				
☐ Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.				
☒ Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.				
☒ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.		Letzte Messung:	Nächste Messung: 2010	
☐ Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.				
Spitalgruppen: an welchen Standorten?				
Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).				
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
☐ Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.			
☒ Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.			
☒ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.		Letzte Messung:	Nächste Messung: 2010
☐ Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?		
☐	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.	
☒	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.	
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: Nächste Messung:
☒	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
☐ Gallenblase		
☐ Blinddarmentfernung		
☒ Hernieoperation		
☐ Operation am Dickdarm		
☐ Kaiserschnitt		
☐ Herzchirurgie		
☒ Hüftgelenksprothesen		
☒ Kniegelenksprothesen		
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?		
☒	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.	
☐	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.	
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: Nächste Messung:
☐	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

Infektions-Messthema	
----------------------	----------------------

Messung im Berichtsjahr 2009	
Gemessene Abteilungen:	Ergebnis:
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:	
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	



Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Bemerkungen			

Legende:

- ¹ **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung
- ² **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System
- ³ **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009
C=Einführung im Berichtsjahr 2009

Das nationale KIQ Pilotprojekt Psychiatrie, getragen von H+, santésuisse und MTK, mit Beisitz von der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, spezifizierte für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation die Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinikinternen Messungen sowohl aus Patientensicht (Selbstrating) als auch aus Behandlungssicht (Fremdrating), mit einem regelmässigen Austausch und einer Vernetzung zwischen allen Pilotkliniken und auch einem systematischen Vergleich der Messergebnisse der Pilotkliniken wird im zweijährigen Pilot die Qualität und die Reflexion über Verbesserungsmassnahmen gefördert.

Erst im März 2009 schlossen sich die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung **KIQ** und der Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung **IVQ** zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken **ANQ** zusammen. Deshalb wird in diesem Berichtsjahr noch die Bezeichnung KIQ verwendet.

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
☐ ja	Gewählte Messvariante: ☐ Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen ☐ Symptombelastung, Lebensqualität ☐ Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
☐ nein	

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
☐ ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: ☐ Lendenwirbelsäule (LWS) ☐ Halswirbelsäule (HWS) ☐ Untere Extremitäten (UEX) ☐ Obere Extremitäten (OEX) ☐ ganzer Körper (SYS)
☐ ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
☐ nein	



Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:			
Ergebnis gesamt:		Anteil mit Behandlungsfolgen:	Anteil ohne Behandlungsfolgen:
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009						
Spitalgruppen: an welchen Standorten?						
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis gesamt:				
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.						
Entstehungsort der Dekubiti		Werte (quantitativ)				
		gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung						
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.						
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen						
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009						
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:					
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:					

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



Indikator	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Freiheitseinschränkende Massnahmen: Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall		
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	☐ Richtlinien bestehen.	☐ Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
ganzer Betrieb	Schulung aller Mitarbeitenden in Brandschutzmassnahmen in Theorie und Praxis	Mindestens 80% der Belegschaft soll über ein Grundwissen und Praxiskenntnisse im Brandschutz verfügen	Dank der zur Zeit niederen Personalfuktuation dürfte dieses Ziel übertroffen sein.
ganzer Betrieb Pflege	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.	Leider stehen uns noch keine offiziellen Auswertungen zur Verfügung. Eine selbst erstellte erste Übersicht zeigt bis jetzt keine Infektfälle in 8 Monaten.
ganzer Betrieb	weiterer Ausbau der Aktivitäten rund um das Fehlermeldesystem CIRS	Auswertung der bisherigen Meldungen und ev. Einspeisung ins Schweizer CIRNET.	Die Resultate der Auswertung stehen noch aus und die technischen Abklärungen für CIRNET sind noch nicht abgeschlossen.

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte (max 3 Seiten)

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitle		
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Umbau der Zentralsterilisation	
Beschreibung	Umbau der Zentralsterilisation mit neuer Raumaufteilung und neuen Prozessabläufen gemäss der „guten Praxis zur Aufbereitung steriler Medizinprodukte“ von Swissmedic Ausbildung der verantwortlichen Personen gemäss Anforderungen von Swissmedic. Überprüfung der Abläufe mittels eines internen oder externen Audits.	
Projektablauf / Methodik	Umbau bis Ende September 2009 vollzogen, Projektbegleitung mit Fachpersonen aus den Bereichen Architektur, Hygiene, Sterilisation.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Abteilung Zentralsterilisation	
Involvierte Berufsgruppen	Direktion, OP-Personal, Leiterin ZSVA, MA ZSVA, externe Hygieneberatung, ext. Fachperson Sterilisation, ext. Auditor.	
Projektevaluation / Konsequenzen	Der Umbau konnte termingemäss beendet und der Betrieb erfolgreich aufgenommen werden. Ein darauf folgendes Audit zeigte korrekte Betriebsabläufe und nachweisbare Prozesse mit korrekter Dokumentenablage. Im Laufe des Jahres 2010 wird ein neues Handbuch erstellt, das den veränderten Prozessen und technischen Einrichtungen Rechnung trägt und die wichtigsten Abläufe und Verantwortlichkeiten abbildet.	
Weiterführende Unterlagen	Auditbericht Zentralsterilisation	

Projekttitle		
Bereich	☐ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel		
Beschreibung		
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen		
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitlel		
Bereich	☐ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel		
Beschreibung		
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen		
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		



Das Jahr 2009 hat für uns im Qualitätsmanagement grosse Veränderungen gebracht, weg von diagnosespezifischen Einzelmessungen hin zu gesamtschweizerisch kontinuierlich gemessenen Parametern im Sinne eines Monitoring. Dies wird für uns zu spannenden Resultaten führen, geht es doch darum zu erfahren, wie sich ein kleines Privatspital punkto Qualität gegenüber den grossen Zentren verhält. Wir hoffen in diesem Zusammenhang aufzeigen zu können, dass auch kleine Spitäler durchaus in der Lage sind, hervorragende Qualität zu leisten.

Wir werden erstmals im Jahr 2010 die Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich messen. Dieser Bereich wird immer wichtiger, ist er doch zahlenmässig viel grösser als der stationäre Bereich. Die Messung wird mit einem validierten Instrument der Firma MECON erfolgen und es wird uns möglich sein, in einem Benchmark den Vergleich zu anderen Spitälern ziehen zu können.



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_qabe



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch



Anhänge

I. Angaben zu Kontaktpersonen

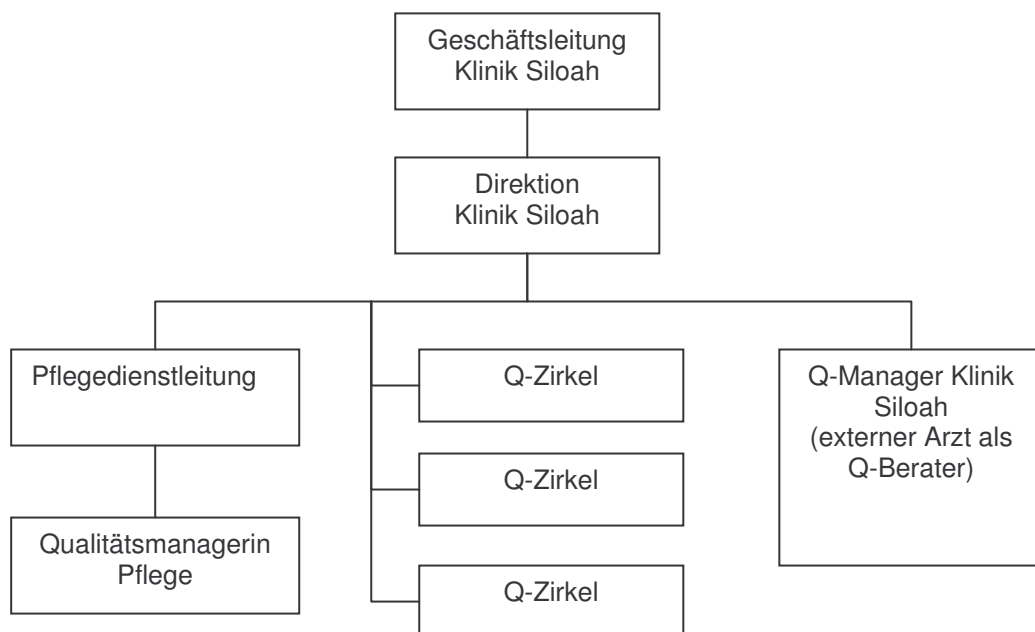
Frau Heidi Howald, Direktorin Klinik Siloah
e-mail: heidi.howald@siloah.ch

Frau Ursula Tschanz, Pflegedienstleitung Klinik Siloah
e-mail: ursula.tschanz@siloah.ch

Frau F.Eichenberger, Qualitätsmanagerin Pflege Klinik Siloah
e-mail: franziska.eichenberger@siloah.ch

Herr Dr. med. H. Hofstetter, externer Q-Berater
e-mail: hofstetter@riscom.ch

II. Organigramm des QM:



III. Weitere Angaben und Dokumente auf www.siloah.ch

(Leitbild, Organisation usw.)