

Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+

Version 8.0



Akutsomatik

Hirslanden Klinik Stephanshorn
Brauerstrasse 95
9000 St. Gallen
www.hirslanden.ch

Freigabe am: 22. April 2015
durch: Andrea Rütsche, Direktorin

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2014.

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.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2014

Frau Rahel Simmen Qualitätsbeauftragte Hirslanden Klinik Stephanshorn Braucherstrasse 95 9000 St. Gallen 071 282 76 63 rahel.simmen@stephanshorn.ch
--

Vorwort von 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 und gewissen kantonalen Messungen teil.

Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) werden Qualitätsmessungen in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2014 das zweite nationale Pilot-programm „progress! Sichere Medikation an Schnittstellen“. Ziel ist es die Patientensicherheit bei der medikamentösen Therapie an Behandlungsschnittstellen zu verbessern. 2013 startete die Stiftung bereits ein Programm, das auf die Sicherheit in der Chirurgie fokussiert ist. Die beiden Programme sind Bestandteile der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in diesem Bericht publizierten Resultate der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messresultate zwischen den Betrieben sind gewisse Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum einen sollte das Leistungsangebot (vgl. C2) ähnlich sein. Ein Regionalspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messresultate unterschiedlich zu werten sind. Zum anderen die Spitäler und Kliniken verschiedene Messinstrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebungsmethodik und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014	2
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	3
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
C1	Kennzahlen 2014	4
C2	Angebotsübersicht	4
D	Zufriedenheitsmessungen	7
D1	Patientenzufriedenheit	7
D2	Angehörigenzufriedenheit	9
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	9
D4	Zuweiserzufriedenheit	10
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	11
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	11
E1-1	Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	12
E1-2	Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	13
E1-3	Messung der Wundinfektionen nach Operationen	14
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus	16
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik	1
E1-6	SIRIS Implantatregister	3
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014	4
F1	Infektionen (andere als mit ANQ / Swisnoso)	4
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)	5
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)	6
F4	Dauerkatheter	7
G	Registerübersicht	8
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	1
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	1
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	1
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	2
I	Schlusswort und Ausblick	3
	Herausgeber	4

HIRSLANDEN KLINIK STEPHANSHORN**Mission (Kernaufgabe für die Existenz der Organisation)**

Medizin auf hohem Niveau

Die Hirslanden Klinik Stephanshorn positioniert sich als privatrechtlich geführtes Spital für akute und elektive Medizin mit höchstem Qualitätsanspruch.

Das Konzept des Belegarztsystems ermöglicht ein umfassendes und erstklassiges medizinisches Leistungsangebot. Da die Klinik ausschliesslich erfahrene Fachärzte akkreditiert, wird eine optimale medizinische Betreuung gewährleistet.

Dieses Angebot nutzen jährlich rund 6'000 stationäre Patientinnen und Patienten und in der Wochenbettabteilung erblicken gegen 850 Kinder pro Jahr das Licht der Welt.

Die Klinik hat einen Leistungsauftrag des Kantons St. Gallen und steht mit über 50 Leistungsgruppen auf der kantonalen Spitalliste. Somit trägt die Hirslanden Klinik Stephanshorn mit ihrem Angebot zur Grundversorgung der Bevölkerung bei.

Aktuelle und zukünftige Angebote der Klinik Stephanshorn

Das Leistungsspektrum umfasst folgendes medizinische Angebot:

- | | |
|---|--|
| - Adipositas-Medizin | - Klinische Notfallmedizin (SGNOR) |
| - Allgemeine Innere Medizin | - Medizinische Genetik |
| - Anästhesiologie | - Neurologie |
| - Allgemeinchirurgie | - Onkologie |
| - Endokrinologie / Diabetologie | - Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates |
| - Gastroenterologie | - Physikalische Medizin und Rehabilitation |
| - Gefäss- und Thoraxchirurgie (ab 1.1.15) | - Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie |
| - Gynäkologie und Geburtshilfe | - Pneumologie |
| - Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten | - Radiologie |
| - Handchirurgie | - Rheumatologie |
| - Intensivmedizin | - Senologie |
| - Interventionelle Radiologie/ Angiologie | - Urologie |
| - Kardiologie | - Viszeralchirurgie |
| - Kinderchirurgie | - Wirbelsäulenchirurgie |

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätspolitik von Hirslanden

- Patienten, Ärzte, Mitarbeiter und Partner wählen Hirslanden, weil sie vom umfassenden Qualitätsmanagement der Gruppe profitieren wollen.
- Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels „Hirslanden positioniert sich als führender Leistungsanbieter im Zusatzversicherungssegment und differenziert sich im Markt über Qualitätsführerschaft“ ausgerichtet.
- Hirslanden stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.
- Hirslanden setzt ein umfassendes Risikomanagement um, dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement.
- Hirslanden verpflichtet sich der kontinuierlichen Verbesserung (KVP), unterstützt durch Transparenz und Benchmarking und stellt sich den nach dem KVG vorgegebenen Qualitätsvergleichen
- Durch die konsequente Nutzung der Synergien innerhalb der Kliniken setzt Hirslanden Standards im Qualitätsmanagement in der Schweizer Spitallandschaft.
- Die Umsetzung der Qualitätspolitik wird durch den bestehenden Hirslanden Qualitätsentwicklungsplan unterstützt.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014

Verbesserungsprojekte für das Assessment EFQM

Durch das Self-Assessment im Januar 2014 wurden drei Verbesserungs-Projekte definiert, welche während rund 12 Monaten bearbeitet wurden, hinsichtlich der EFQM Bewerbung.

Organisatorische Umstrukturierung:

Durch das Schaffen der Stelle „Leitung Klinische Bereiche“ wurde das Qualitätsmanagement im Organigramm ab dem 4. Quartal 2014 durch die Leitung Klinische Bereiche übernommen.

Kontinuierliche Aktualisierung des Integrierten Managementsystems IMS

Um das Managementsystem auf dem aktuellen Stand zu halten, haben alle Prozesseigner kontinuierliche ihre Prozesse und Dokumente überprüft und bei Bedarf angepasst.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

Realisierung der drei definierten Verbesserungsprojekte für EFQM

Die drei vorgenommenen Projekte (Führung / Projektmanagement / Koordination Leistungsausbau) konnten allesamt erfolgreich abgeschlossen werden. Aus allen Projekten resultieren gute Massnahmen, welche zur Weiterentwicklung der gesamten Klinik genutzt werden können.

ISO-Aufrechterhaltungsaudit

Das Aufrechterhaltungsaudit ISO 9001:2008 wurde im Dezember 2014 mit Erfolg wiederum bestanden und ermöglicht es uns, im kommenden Jahr das Re-Zertifizierungsaudit anzugehen.

Überarbeitung des Beschwerdemanagement-Prozesses

Das Ziel der Überarbeitung des Beschwerdemanagement-Prozesses war, dass alle Beschwerdemeldungen an eine definierte Stelle gelangen, Informationen aus allen Bereichen zentral zusammenfliessen und koordiniert bearbeitet werden. Dank dieser Umstellung kann effizienter, effektiver und kundenorientierter reagiert werden.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Etablierung des Konzeptes Patientensicherheit in der Klinik

Umsetzung der Vorgaben des Konzern-Konzeptes und kontinuierliche Überprüfungen und Weiterentwicklung der einzelnen Unterpunkte.

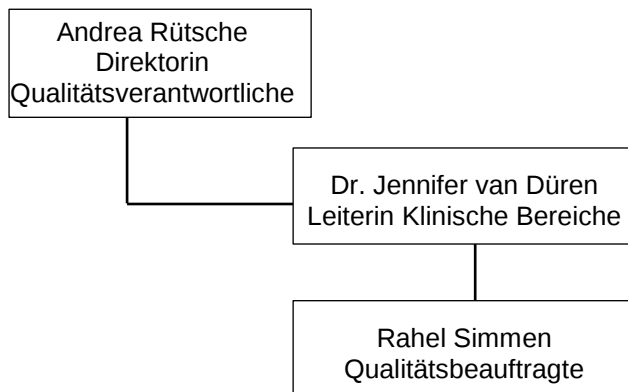
Erreichung von Recognised for Excellence (EFQM)

Die Klinik Stephanshorn orientiert sich nach dem Business excellence Modell EFQM

Der Weg zum prozessorientierten Denken

Ein kontinuierliches Ziel ist es, das Handeln aller Mitarbeitenden auf das prozessorientierte Denken zu lenken und somit von den vielen Einzelprozessen in den Abteilungen auf gemeinsame Prozesse in der Klinik zu kommen.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Andere Organisationsform:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		100 % Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Andrea Rütsche	531	andrea.ruetsche@stephanshorn.ch	Direktorin, Qualitätsverantwortliche
Dr. Jennifer van Düren	270	jennifer.vandueren@stephanshorn.ch	Leiterin Klinische Bereiche
Rahel Simmen	633	rahel.simmen@stephanshorn.ch	Qualitätsbeauftragte
Karin Binder	879	karin.binder@stephanshorn.ch	Hygienebeauftragte
Dr. Andreas Stahel	820	andreas.stahel@stephanshorn.ch	Vigilance-Verantwortlicher
Peter Knechtli	539	peter.knechtli@stephanshorn.ch	EKAS Verantwortlicher

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

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

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht:

http://www.hirslanden.ch/content/dam/global/Allgemeine%20Seite/PDF/DE/Ueber%20uns/Geschaefts-%20und%20Qualitaetsbericht/Hirslanden_Jahresbericht_Qualitaetsbericht_2013_14.pdf

C1 Kennzahlen 2014

Kennzahlen	Werte 2014	Werte 2013	Bemerkungen
Anzahl ambulanter Patienten,	19075	18029	Notfall, Radiologie- und Tagesklinik-Patienten
... davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener	0	0	
Anzahl stationärer Patienten,	6657	6093	
... davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	816	892	
Geleistete Pflegetage	35789	33120	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2014	85	85	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5.4	5.4	
Durchschnittliche Bettenbelegung in Prozenten	100%	91.1%	

C2 Angebotsübersicht

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

Angebote medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
☐ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	....	....
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Klinik Stephanshorn	....
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Klinik Stephanshorn	....
☐ Geriatrie (Altersheilkunde)	....	....
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph-systems)	Klinik Stephanshorn	ZeTuP
☐ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	....	....
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	....	Kantonsspital St. Gallen
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen)	Klinik Stephanshorn	....
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Klinik Stephanshorn	ZeTuP
☐ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	....	....
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Klinik Stephanshorn	....
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs- organe)	Klinik Stephanshorn	....
Intensivmedizin	Klinik Stephanshorn	....
Kiefer- und Gesichtschirurgie	....	....
Kinderchirurgie	Klinik Stephanshorn	....
Langzeitpflege	....	....
Neurochirurgie	Klinik Stephanshorn	....
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems)	....	Rheinburgklinik Ambi/ Dr. Käufeler
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	....	....

Angebote medizinische Fachgebiete (3. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Klinik Stephanshorn	....
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Klinik Stephanshorn	....
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	....	Kinderspital St. Gallen
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)	Klinik Stephanshorn	ZeTuP
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Klinik Stephanshorn	....
Psychiatrie und Psychotherapie	....	....
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	Klinik Stephanshorn	....
Thoraxchirurgie (Operationen an der Lunge, im Brustkorb und-raum)	....	....
Tropen- und Reisemedizin	....	....
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Klinik Stephanshorn	....
Bariatrische Chirurgie	Klinik Stephanshorn	....

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Klinik Stephanshorn	....
Ergotherapie	....	....
Ernährungsberatung	Klinik Stephanshorn	eSwiss-Zentrum
Logopädie	....	....
Neuropsychologie	....	....
Physiotherapie	Klinik Stephanshorn	....
Psychologie	....	....
Psychotherapie	....	....



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf www.spitalinformation.ch, in der Rubrik „Angebot“.



Zufriedenheitsmessungen

D1 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

Für den nationalen Vergleich hat der Nationale Verein für Qualitätsentwicklungen in den Spitälern und Kliniken (ANQ) ein Kurzfragebogen konzipiert, der in der Akutsomatik und Rehabilitation eingesetzt wird. Die Messergebnisse und/oder Verbesserungsaktivitäten sind im Modul E dokumentiert.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐ Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht . Begründung:			
☒ Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
☒ Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	
<th>An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?</th>			An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:		
☒ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	Alle stationären Patienten	
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse	
Gesamter Betrieb	90%		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse	
Händehygieneverhalten der Pflegenden und Ärzten	Beobachtungswert liegt bei 92%	Gutes Ergebnis und Bestätigung für die Hygieneschulungen inhouse	
Medikamentenmanagement, Infoabgabe zu den Medis	Zufriedenheitswert liegt bei 88%	Anfangs 2015 fanden Schulungen zum Thema Medikamentenmanagement statt. Der Prozess wurde neu definiert und ein Schulungsvideo wurde dazu erstellt.	
Sicherheitsgefühl in der Klinik	Sicherheitswert: 96%		
☐ Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:			
☐ Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung:			
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Rücklauf der Fragebogen: 50.3%			

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐ Mecon ☐ Picker ☐ PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18) ☐ PZ Benchmark	☐ Anderes externes Messinstrument		
	Name des Instruments		Name des Messinstituts
☒ Eigenes, internes Instrument		Eigene Patientenbefragung, welche die ganze Privatspitalgruppe Hirslanden durchführte.	
Beschreibung des Instruments		Ein Fragebogen mit 34 Fragen wurde an alle stationären Patienten (über 18 Jahre), welche im September 2014 in der Klinik Stephanshorn hospitalisiert waren, zugesendet. Die Auswertung wurde von hcrl übernommen.	

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten, über 18 Jahre, welche im September 2014 in der Klinik Stephanshorn hospitalisiert waren.	
	Ausschlusskriterien	Patienten unter 18 Jahren	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent			Erinnerungsschreiben? ☒ Nein ☐ Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Beschwerdemanagement
Name der Ansprechperson	Rahel Simmen
Funktion	Qualitätsbeauftragte
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	071 282 76 63, rahel.simmen@stephanshorn.ch Erreichbar zu den Bürozeiten
Bemerkungen	

D2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
☒ Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .	
Begründung	
☐ Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.	
☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.	
☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
☐ Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .	
Begründung	
☒ Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.	
☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.	
☒ Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb	7.76	Scala 1 - 10
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse
Arbeitsinhalt / Sinn der Arbeit	8.05	Scala 1 - 10
Umgang miteinander	7.45	Scala 1 - 10
Mitarbeiterentwicklung	7.60	Scala 1 - 10
Zufriedenheit mit Führung	7.64	Scala 1 - 10
Arbeitszufriedenheit	8.05	Scala 1 - 10
☒ Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:	2013	
☐ Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Massnahmen wurden aufgrund der Resultate eingeleitet und umgesetzt:

- Neue Stellenplanberechnungen fanden statt
- Neue Parkplätze wurden gebaut
- Anpassungen der Löhne in den Bereichen OP/ Anästhesie/ Steri
- Durchführung der *runden Tisch-Gespräche“ mit der Direktorin

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

☒ Externes Messinstrument			
Name des Instruments	GFK	Name des Messinstituts	
☐ Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments			

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden der Klinik Stephanshorn		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent		68%	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?

☒ Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .			
Begründung			
☐ Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ 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 Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereiche 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 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	☒	☐	☐
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	☒	☐	☐
Messung der postoperativen Wundinfektionen	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Sturz	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus	☒	☐	☐
Nationale Patientenbefragung	☒	☐	☐
SIRIS Implantatregister	☒	☐	☐
Bemerkungen			

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

E1-1 Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ¹ A, B oder C
Intern	Extern			
☒ Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .				
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung				
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten				
Angaben zur Messung				
Auswertungsinstitut	SQLape GmbH			
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.			
Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)		
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.		
Anzahl auswertbare Austritte				
Bemerkung				

¹ 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.

E1-2 Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ² A, B oder C
☒ Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .			
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechenden Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Anzahl auswertbare Operationen		
Bemerkungen		

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 Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

E1-3 Messung der Wundinfektionen nach Operationen

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperativer Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken 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. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blindarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind ab dem 1. Oktober 2014 verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Eingriffe mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen) erfolgen zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2013 – 30. September 2014					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ³ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☒ Gallenblase-Entfernungen	48	0	0 %		--
☐ Blinddarm-Entfernungen	--	--	--	--	--
☐ Blinddarm-Entfernungen bei Kinder und Jugendlichen	--	--	--	--	--
☐ Hernienoperationen	--	--	--	--	--
☒ Dickdarmoperationen (Colon)	21	0	0 %		--
☐ Kaiserschnitt (Sectio)	--	--	--	--	--
☐ Gebärmutter-entfernungen	--	--	--	--	--
☐ Wirbelsäulenchirurgie	--	--	--	--	--
☒ Magenbypass-operationen	6	0	0 %		--
☒ Rektumoperationen	3	0	0%		--
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

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

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2014 (1. Oktober 2013 – 31. September 2014) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁴ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Herzchirurgie	--	--	--	--	--
☐ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	--	--	--	--	--
☒ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	53	0	0 %		--
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die **6 Magenbypässe**: wurden fälschlicherweise erfasst → gehören nicht zu den definierten Indikatoren. Diese konnten nicht mehr entfernt werden.

Neu werden ab Oktober 2014 alle Magenbypässe erfasst und ausgewertet.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blindarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Bemerkungen		

⁴ 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

Die nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene.

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Stürze

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten im Spital vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Deskriptive Messergebnisse 2014			
Anzahl hospitalisierte Patienten , die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind. ⁵	5	In Prozent	6 %
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		61	Anteil in Prozent (Antwortrate) 73 %
Bemerkungen			

⁵ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

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.

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunter-liegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

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

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	1	1.7 %
	ohne Kategorie 1	1	1.7 %
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	0	0 %
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0 %
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	1	1.7 %
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	1	1.7 %

☐	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Resultate der diesjährigen Erhebung haben zu keinen neuen Erkenntnissen geführt. Durch die kontinuierliche Messung aller Dekubiti in der Klinik ist die Sensibilisierung auf das Thema gross, was uns auch das gute Resultat aufzeigt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, inter-mediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		61	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 73 %
Bemerkungen		12% nicht anwesend, 15% haben die Befragung abgelehnt Im Vergleich zum Vorjahr konnte die Teilnehmerzahl erhöht werden.	

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2014 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.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ⁶ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.33		0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.03		0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.46		0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.08		0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.48		0 = nie 10 = immer
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Aufgrund der guten Resultate wurden keine spezifischen Massnahmen ergriffen.			

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

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.

Angaben zur Messung			
Auswertungsinstitut		hcri AG und MECON measure & consult GmbH	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2014 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Im Spital verstorbene Patienten Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten		177	
Anzahl eingetroffener Fragenbogen		89	Rücklauf in Prozent 50.3 %
Bemerkungen		Das Angebot der Firma hcri mit dem Rundumpacket (inkl. Übernahme des Versands) wurde seitens Firma nicht optimal umgesetzt, weshalb zu wenig Patienten angeschrieben und befragt worden sind..	

E1-6 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.

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 veröffentlicht: www.anq.ch		
Bemerkungen		
Das SIRIS-Implantatregister wird bei allen Eingriffen (Knie-TP / Hüft-TP) benutzt.		
Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFM)	
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantaten
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkungen		

F1 Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso)

Messthema	Infektionen (andere als mit Swissnoso)
Was wird gemessen?	Postoperative Infektionen

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

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

Messergebnisse

Infektionen

keine

- ☐ Die Messung 2014 ist noch **nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- ☐ Unser **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Begründung
- ☒ Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Bestrebung, die medizinische Qualität ständig zu verbessern, ist gelungen und zeigt sich in der Auswertung von 2014 in null Infekten.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	KISS

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Hüftendoprothesen Knieendoprothese Device assoziierte: - Pneumonie - Sepsis - HWI
	Ausschlusskriterien	Keine
Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten		122
Bemerkungen		2015 Erfassung von Hüft- Knieendoprothese

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)
Was wird gemessen?	Stürze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	Klinik Stephanshorn
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse		
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge
51	3	48
☐ Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten	
- Stürze im Vergleich zu Vorjahren gleichbleibend, trotz höherer Fallzahlen und Anpassung der Sturzdefinition - Häufig bedingt aufgrund des Gesundheitszustandes	

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	IQIP

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten in der Klinik, bei welchen sich einen Sturz ereignet hat
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		51
Bemerkungen		

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)
Was wird gemessen?	Dekubiti

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

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

Messergebnisse

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt
2	28 (davon 22 Spannungsblasen)
☐ Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

- Rückgang der Spannungsblasen (Sensibilisierung und neue Wundversorgungsmethoden wie geklebte Wunden)
- Evidenzbasiertes Dekubituskonzept erarbeitet, obligatorische interne Fortbildungen Januar und Februar 2015

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	IQIP

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten in der Klinik, bei welchen ein Dekubiti entdeckt wurde
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		
Bemerkungen		

F4 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	Intensivstation
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	
Dauerkatheter	
Keine Infekte aufgrund Dauerkatheter bei Patienten, welche auf der Intensivstation lagen.	
☐	Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
	Begründung
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Dank dem Ergebnis von keinen Infekten sind zurzeit keine Verbesserungsaktivitäten notwendig. Durch die Hygieneverantwortliche Person wird die Thematik der Infekte kontinuierlich überprüft.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013		
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments: KISS
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Intensivstation-Patienten welche einen Harnwegskatheter, einen zentralen Venenkatheter oder einen Intubationskatheter hatten
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten		
Bemerkungen		

Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitäts-sicherung 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 Unser Betrieb an Registern teil?

☐ **Nein**, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil.

Begründung

☒ **Ja**, unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/saqm/ service/forum medizinische register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/service/forum_medizinische_register.cfm)

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2013	Klinik Stephanshorn
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2013	Klinik Stephanshorn
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting		
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	2013	Klinik Stephanshorn
Krebsregister	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Krebsregister St. Gallen-Appenzell - KR SGA	Alle	krebsliga-sg.ch/de/index.cfm	2009	Klinik Stephanshorn



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
ISO 9001:2008	Ganze Klinik	2012		Aufrechterhaltungsaudit im 2014
Brustzentrum Qualitätslabel der schweiz. Krebsliga (SGS)	Brustzentrum	2013		In Zusammenarbeit mit dem ZeTuP SG
Anerkennung der Intensivstation	Anerkennung durch SGI	2014		Vorläufige Anerkennung erhalten

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
EFQM Assessment	Recognised for excellence	Ganze Klinik	Januar 2015 – Oktober 2015
ISO 9001:2008	Re-Zertifizierung	Ganze Klinik	Dezember 2015
Umsetzung Patientensicherheits-Konzept	Umsetzen der geplanten Aktivitäten	Ganze Klinik	laufend
Update des Integrierten Managementsystems	Trotz vielen Änderungen im System wieder alle Prozesseigner befähigen, das System selbst benutzen zu können und die User an die neuen Ansichten gewöhnen.	Ganze Klinik	Ab März 2015

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?

☐ **Nein**, unser Betrieb hat kein CIRS?

Begründung

☒ **Ja**, unser Betrieb hat ein CIRS



Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.

Bemerkungen

Das CIRS ist in der Klinik bereits seit langem implementiert. Im November 2012 wurden zum Thema CIRS gezielte interne Weiterbildungen angeboten und alle Mitarbeitenden geschult.

Seit diesem Zeitpunkt ist die Thematik an jedem Einführungstag neuer Mitarbeitenden ein Thema und wird allen näher gebracht.

Intern finden laufend Thematisierungen an den einzelnen Teamsitzungen statt.

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	EFQM Committed to excellence	
Projektart	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Erreichung von Recognised for Excellence	
Beschreibung	Durch das externe Assessment von EFQM möchte die Klinik Stephanshorn die Auszeichnung Recognised for Excellence erreichen.	
Projektablauf / Methodik	- Schulung aller Kaderpersonen hat stattgefunden - Ein Selfassessment wurde erstellt - Verbesserungsprojekte wurden realisiert - Die Bewerbung für das Fremdassessment wurde eingereicht	
Einsatzgebiet	☒ im gesamten Betrieb	
Involvierte Berufsgruppen	- Alle Kaderpersonen für den Schulungsteil - Ein grosser Anteil der Kaderpersonen in den einzelnen Verbesserungsprojektgruppen	
Projektevaluation / Konsequenzen	- Die drei definierten Projekte wurden alle abgeschlossen und gegenseitig vorgestellt. - Der weitere Weg zu Recognised to excellence kann betreten werden	

Projekttitel	Neuaufgleisung des Beschwerdemanagements	
Projektart	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Alle Beschwerden und Rückmeldungen werden in der Klinik an einer Stelle gesammelt und von dort aus bearbeitet.	
Beschreibung	Der Prozess wurde neu definiert und angepasst, damit alle Beschwerden an einem Ort gesammelt werden können und von dort her bearbeitet werden. Dies soll eine Kontinuität gewährleisten und sicherstellen, dass alle Beschwerden nach dem gleichen System bearbeitet und angegangen werden.	
Projektablauf / Methodik	- Analyse IST-Situation - Definition der SOLL-Situation durch das Qualitätsmanagement - Schulung aller Kaderpersonen - Schulung einzelner Teams	
Einsatzgebiet	☒ im gesamten Betrieb	
Involvierte Berufsgruppen	Erstellung des neuen Prozesses durch das Qualitätsmanagement, Prüfung und Verabschiedung durch die Geschäftsleitung, danach Vorstellung an alle Kaderpersonen und danach weiter an die Teams an der Basis.	
Projektevaluation / Konsequenzen	Es vereinfacht die Verarbeitung aller Beschwerden, wenn alle Beschwerden an einer Stelle zusammenfliessen. Häufigkeiten können schneller und einfacher erkannt werden. Alle Beschwerdeführer erhalten strukturiert eine Antwort und wo nötig ein materielles Entgegenkommen.	
Weiterführende Unterlagen	- Interne Prozessbeschreibung - Leitfaden "professioneller Umgang mit Beschwerden"	

Projekttitel	Einführung RRT (Rapid Response Team)	
Projektart	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Sicherheit für alle Patienten und Mitarbeiter durch das RRT, welches jederzeit aufbietbar ist, wenn der behandelnde Arzt nicht abkömmlich ist.	
Beschreibung	Das RRT steht für alle Abteilungen, welche Patienten betreuen, zur Verfügung. Es darf bei Unsicherheiten oder Unklarheiten beigezogen werden, wenn der behandelnde Arzt nicht abkömmlich ist oder selbst das Team beiziehen möchte. Das Angebot des RRT ist 24h vorhanden.	
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	☒ im gesamten Betrieb	
Involvierte Berufsgruppen	- Vertreter aus den beteiligten Ärztegruppen (Anästhesie und Notfall) - Bereichsleitung Klinische Bereiche - Vertretung der Pflegefachpersonen	
Projektevaluation / Konsequenzen	Das RRT ist sehr gut angekommen und konnte bereits oft gut eingesetzt werden, was die Patientensicherheit unterstützt.	
Weiterführende Unterlagen	Konzept und Prozessbeschreibung des RRT	

I

Schlusswort und Ausblick

Ausblick:

- Fremdbewertung nach EFQM mit dem Ziel Recognised to excellence
- Schulungen zum Thema Patientenidentifikation
- Optimierung des Prozesses Medikamentenmanagement
- Ambulante Patientenbefragung im Jahr 2015 aufgleisen und durchführen
- Re-Zertifizierung ISO im Dezember 2015

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Fachbereiche 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 ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW).