HIRSLANDEN
ANDREASKLINIK

Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	27.04.2016	
Durch:	Urs Karli, Direktor	Version

Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug

www.hirslanden.ch/andreasklinik

Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2015.

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 zum Angebot 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 Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2015

Frau
Carla Bundi
Qulitätsmanagerin
041 784 09 50
carla.bundi@hirslanden.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 teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitaleintritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligen sich ebenfalls.

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 dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. Anhang 1) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methode / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung 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

Impressum **2**
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz **3**
1 Einleitung **6**
2 Organisation des Qualitätsmanagements **7**
2.1 Organigramm 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 7
3 Qualitätsstrategie **8**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015 8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 8
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **9**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen 9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen 9
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte 11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 11
4.5 Registerübersicht 11
4.6 Zertifizierungsübersicht 12
QUALITÄTSMESSUNGEN **13**
Befragungen **14**
5 Patientenzufriedenheit **14**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik 14
5.2 Eigene Befragung 15
5.2.1 Erweiterte ANQ-Patientenbefragung 15
5.2.2 Laufende stationäre Patientenbefragung InfoWiz 15
5.3 Beschwerdemanagement 16
6 Mitarbeiterzufriedenheit **17**
6.1 Eigene Befragung 17
6.1.1 your voice Mitarbeiterzufriedenheit 17
Behandlungsqualität **18**
7 Wiedereintritte **18**
7.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen 18
7.2 Eigene Messung 19
7.2.1 IQIP Indikator 7.1 Ungeplante Wiederaufnahme in die stationäre Akutversorgung 19
8 Operationen **20**
8.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen 20
8.2 Eigene Messung 21
8.2.1 IQIP Indikator 10.1 Ungeplante Rückkehr stationärer Patienten in den OP 21
9 Infektionen **22**
9.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte 22
10 Stürze **23**
10.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz 23
10.2 Eigene Messung 24
10.2.1 IQIP Indikator 13.1 Dokumentierte Stürze 24
11 Wundliegen **25**
11.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) 25
11.2 Eigene Messungen 26
11.2.1 IQIP Indikator 15.15 Dekubitus bei stationären Akutpatienten 26
12 Projekte im Detail **27**
12.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 27

12.1.1 EFQM R4E 4* 27
12.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015 27
12.2.1 Einführung Patientenidentifikationsarmband 27
12.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 27
12.3.1 ISO 9001:2008 27
13 Schlusswort und Ausblick 28
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 29
Akutsomatik 29
Herausgeber 31

1 Einleitung

Die AndreasKlinik gehört seit 2001 zur Privatklinikgruppe Hirslanden und befindet sich im Zentrum von Cham in einer sehr ruhigen Umgebung. Dank ihrer unverwechselbaren Architektur und Einrichtung strahlt die Klinik eine komfortable Hotel-Atmosphäre aus. Über 70 Beleg- und Konsiliarärzte aus verschiedenen Fachgebieten nutzen die moderne Infrastruktur der Klinik für ihre Patienten. Mit 56 Betten hat die AndreasKlinik eine überschaubare Grösse, so dass Patienten und Gäste immer persönlich betreut werden und gut aufgehoben sind. Über 210 Mitarbeitende sorgen für einen reibungslosen Ablauf.
Die AndreasKlinik wird durch einen Direktor geführt. Er wird durch das Managementteam unterstützt, welches neben dem Direktor aus vier Bereichsleitungen besteht. Das Managementteam sowie die Abteilungsleitenden bilden das Kader der Klinik. Teamleiter haben definierte Führungsaufgaben, gehören jedoch nicht zum Kader. Die Aufbauorganisation wird kontinuierlich der Entwicklung der strategischen Ausrichtung der Klinik angepasst.
Die Erstzertifizierung der AndreasKlinik fand im Jahr 2002 nach International Organization for Standardization (ISO)-Norm 9001:2000 statt. Die Rezertifizierungen 2005, 2009, 2012 und 2015 (9001:2008) wurden erfolgreich absolviert. In den Zwischenjahren wurden ebenfalls sämtliche Aufrechterhaltungsaudits erfolgreich durchlaufen. 2013 erfolgte die EFQM-Zertifizierung R4E 3*. Alle wesentlichen Abläufe der Klinik sind als Prozesse definiert, werden regelmässig auditiert und laufend den aktuellen Gegebenheiten angepasst. Sämtliche Prozesse sowie deren Hilfsdokumente sind für alle Mitarbeitenden zugänglich im elektronischen Managementsystem IMS hinterlegt.
Die AndreasKlinik steht allen Patienten mit entsprechender Versicherung offen. Das medizinische Leistungsangebot umfasst das gesamte Spektrum der Chirurgie (ohne spezialchirurgische Bereiche wie Herzchirurgie) sowie der Inneren Medizin. Die Schwerpunkte liegen in den Bereichen Gynäkologie & Geburtshilfe, Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie. Die attraktive Klinik bietet den Patienten viel Komfort und eine angenehme Ambiance.
Die AndreasKlinik verfügt über vier Operationssäle, zwei Überwachungsstationen mit entsprechenden Überwachungs- und Behandlungseinrichtungen (Intermediate Care Station und Aufwachraum) sowie einer Tagesklinik. Zu jeder Tages- und Nachtzeit ist in der Klinik ein Anästhesiefacharzt anwesend. Ausserdem sind die behandelnden Ärzte oder deren Stellvertreter bei Bedarf jederzeit durch die Klinik erreichbar. Die Bettenstationen und die Intermediate Care Station sind durchgehend in Betrieb und rund um die Uhr hat eine Operations- und Anästhesie-Equipe Bereitschaftsdienst. Somit ist die medizinische Versorgung auch in Notfallsituationen jederzeit sichergestellt. Der AndreasKlinik sind ausserdem Zentren und Institute angegliedert, in denen die Fachärzte verschiedener Subspezialitäten eng und interdisziplinär zusammenarbeiten.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:
Linienfunktion Klinische Bereiche

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80** Stellenprozente zur Verfügung.

Bemerkungen

- Qualitätsverantwortlicher - Dr. Urs Karli (Direktor)
- Qualitätsbeauftragte - Yvonne Knoblauch (Bereichsleitung Kliniksche Bereiche)
- Qualitätsleitung - Carla Bundi (Qualitätsmanagerin)
- Mitglied Qualitätskommission - Markus Absmeier (Bereichsleitung Finanzen)
- Mitglied Qualitätskommission - Wolfram Beduhn (Bereichsleitung Hotellerie)
- Mitglied Qualitätskommission - Yvonne Hubeli (Bereichsleitung Pflegedienst)
- Mitglied Qualitätskommission - Dr. Orlando Paganoni (Medizinischer Koordinator)
- Materiovigilanzverantwortlicher - Urs Polli (Leiter Unternehmensentwicklung/Infrastruktur und SiBe)
- Pharmakovigilanzverantwortliche - Ricarda Luzio (Co-Leitung Pharmazeutische Bereiche Hirslandenklinik St. Anna)
- Hämovigilanzverantwortliche - Dr. Alexandra Kraft Lopreno (Anästhesieärztin)

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Dr. Urs Karli
Direktor, Qualitätsverantwortlicher
Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug
041 784 09 00
urs.karli@hirslanden.ch

Frau Carla Bundi
Qualitätsleitung
Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug
041 784 09 50
carla.bundi@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

Vor Ort sind wir die erste Wahl, weil wir unsere Patienten exzellet betreuen, lokal in der Gesellschaft verankert sind und als attraktiver Arbeitgeber qualifizierte und loyale Mitarbeitende fördern und fordern. Wir pflegen ein enges, parternschaftliches Verhältnis zu den Ärzten und unterhalten wertvolle Beziehungen zu allen Anspruchsgruppen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015

- ISO-Rezertifizierung nach 9001:2008
- Umsetzung Patientensicherheitskonzept
- EFQM R4E (Selbstbewertung)

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

- Erfolgreiche ISO-Rezertifizierung nach 9001:2008
- EFQM R4E - Weg erfolgreich fortgesetzt
- Einführung Patientenidentifikationsarmband
- Reorganisation CIRS-Prozess

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- ISO-Zertifizierung nach 9001:2015
- Zertifizierung EFQM R4E 4*
- Festigung Patientensicherheitskonzept

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler 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.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Akutsomatik
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen, hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
Patientenzufriedenheit
▪ Erweiterte ANQ-Patientenbefragung
▪ Laufende stationäre Patientenbefragung InfoWiz
Mitarbeiterzufriedenheit
▪ your voice Mitarbeiterzufriedenheit

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Wiedereintritte
▪ IQIP Indikator 7.1 Ungeplante Wiederaufnahme in die stationäre Akutversorgung
Operationen
▪ IQIP Indikator 10.1 Ungeplante Rückkehr stationärer Patienten in den OP
Stürze
▪ IQIP Indikator 13.1 Dokumentierte Stürze
Wundliegen
▪ IQIP Indikator 15.15 Dekubitus bei stationären Akutpatienten

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2010 eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

Bemerkungen
Durch Schulungen, Infoveranstaltungen für neue Mitarbeitende sowie den zweimal jährlich erscheinenden CIRS-Newsletter soll CIRS bei den Mitarbeitenden stets ein präsentes Thema sein. 2015 wurde der CIRS-Prozess reorganisiert. Alle CIRS-Meldungen gehen - nebst den Meldekreisverantwortlichen - auch zu einer Koordinationsstelle. Die Koordinationsstelle übernimmt/organisiert die Bearbeitung der Fälle bei Abwesenheit des betreffenden Meldkreisverantwortlichen. So können CIRS-Fälle noch schneller bearbeitet und wo notwendig entsprechende Sofortmassnahmen eingeleitet werden.

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	**Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet**	**Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment**	**Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment**	**Kommentare**
ISO 9001:2008	Ganzer Betrieb	2002	2015	
EFQM R4E 3*	Ganzer Betrieb	2013	2013	Seit 2007 C2E
Unicef Babyfreundliches Spital	Geburten-/Wöchnerinnenabteilung	2001	2012	Ausstieg aus dem Zertifikat im September 2015
Knorpeltransplantationen Novocart-3D-System	OP	2013	2013	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung 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 Patienten-befragungen angebunden werden. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2012	2013	2014	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2015 (CI* = 95%)
Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.50	9.50	9.30	9.70 (9.50 - 9.80)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.30	9.30	9.10	9.50 (9.37 - 9.68)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.40	9.50	9.40	9.50 (9.33 - 9.73)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.30	9.20	9.30	9.40 (9.17 - 9.60)
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.50	9.60	9.40	9.60 (9.13 - 9.61)

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Alle Wert haben sich auf hohem Niveau tendenziell nochmals verbessert.

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 2015 das Spital verlassen haben.		
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.		
Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug				
Anzahl angeschriebene Patienten 2015		250		
Anzahl eingetroffener Fragebogen		115	Rücklauf in Prozent	46 %

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Erweiterte ANQ-Patientenbefragung

Der Fragebogen der nationalen Patientenbefragung ANQ, welcher fünf Fragen umfasst, wurden mit rund 30 zusätzlichen Fragen ergänzt. Die ANQ Fragen sind sehr allgemein formuliert und decken nicht den ganzen Klinikaufenthalt ab. Die zusätzlichen Fragen ermöglichten es, ein umfassendes Patientenfeedback zu erhalten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat September in allen Abteilungen durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse

Die detailierten Fragen und Antworte inklusive Benchmark können dem klinikeigenen Qualitätsbericht respektive dem Qualitätsbericht der Hirslandengruppe entnommen werden.

5.2.2 Laufende stationäre Patientenbefragung InfoWiz

Stationäre Patienten werden mit einem internen Feedbackbogen, welcher bei Klinikeintritt abgegeben wird, anonym nach ihrer Zufriedenheit befragt. Die Auswertungen werden zweiwöchentlich dem Kader und quartalsweise allen Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt. Der Feedbackbogen umfasst 26 geschlossene Fragen zu den Kategorien Eintritt, Essen, Cafeteria, OP/Aufwachraum, Pflege sowie Zimmer/Infrastruktur. Zusätzlich haben die Patienten die Möglichkeit mittels offener Fragen ihre positiven und negativen Eindrücke zu schildern.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.
Befragt wurden alle stationären, erwachsenen Patienten, die während des Kalenderjahres 2015 in die Klinik eingetreten sind. Die Teilnahme war freiwillig und konnte auch anonym erfolgen.

Zufriedenheit 2015 bei 1188 retournierten Feedbackbogen und einer Notenskala von 6 (sehr gut) bis 1 (sehr schlecht):
-Gesamtzufriedenheit Klinik: 5.6
-Zufriedenheit Eintritt: 5.7
-Zufreidenheit Essen: 5.5
-Zufriedenheit Cafeteria: 5.5
-Zufriedenheit Operationssaal/Aufwachraum: 5.8
-Zufriedenheit Pflege: 5.6
-Zufriedenheit Zimmer/Infrastruktur: 5.4

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Fragebogen InfoWiz

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug
Direktionssekretariat
Anita Odermatt
Mitarbeiterin Direktionssekretariat / Marketing
041 784 09 01
anita.odermatt@hirslanden.ch
Mo – Fr, 08.00 – 17.00 Uhr

6 Mitarbeiterzufriedenheit

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

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 your voice Mitarbeiterzufriedenheit

Ziel der Umfrage war es, die Arbeitszufriedenheit sowie die Mitarbeiterbindung zur Klinik zu stärken. Im Anschluss an die Befragung wurden die Kadermitarbeitenden befähigt, die Ergebnisse zu verstehen und zu interpretieren um anschliessend in Gruppenarbeit als Team die Ergebnisse zu evaluieren, ein Leistungsziel zu definieren und einen Massnahmenplan zu erstellen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November in allen Abteilungen durchgeführt.

26 Aussagen wurden auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme vollständig zu) eingeschätzt. An der Befragung teilgenommen haben 185 Mitarbeitende. Dies entspricht einer Beteiligungsquote von 71.8 %. Bei den 13 Kernfragen der Mitarbeiterbefragung ergab sich ein Gesamtdurchschnittswert von 3.93. Die Befragung wird im November 2016 erneut durchgeführt.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Mitarbeiterbefraung "your voice" wurde in dieser Form erstmalig durchgeführt. Es können daher noch keine Vergleichswerte beigezogen werden.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Gallup
Methode / Instrument	Onlinefragebogen

Behandlungsqualität

7 Wiedereintritte

7.1 Nationale 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

Messergebnisse

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.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Die Messungen mit dem SQLape-Tool ergeben keine plausiblen Daten. Daher verzichtet die AndreasKlinik auf die Publikation dieser nicht validierten Ergebnisse. Beispielsweise werden Urolithiasisfälle oder auch Chemotherapien weiterhin als Rehospitalisation identifiziert.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

7.2 Eigene Messung

7.2.1 IQIP Indikator 7.1 Ungeplante Wiederaufnahme in die stationäre Akutversorgung

Das International Quality Indicator Project (IQIP) dient Gesundheitsorganisationen als Instrument für die Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verbesserung der klinischen und pflegerischen Versorgungsleistung. Die AndreasKlinik verwendet dieses Instrument der Ergebnisqualitätsmessung mit dem Ziel, die Kernprozesse der Pflege und Medizin strukturiert auf Verbesserungspotentiale überprüfen zu können.
Für die Berechung der Rehospitalisationsrate wird der prozentuale Anteil der *Anzahl der ungeplanten Wiederaufnahmen in die stationäre Akutversorgung auf Grund von gleichen oder zusammenhängenden Beschwerden innerhalb von 15 Tagen nach Austritt* zu der *Anzahl der Entlassungen aus der stationären Aktuversorgung* ermittelt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Rehospitalisationsrate 2015: 1.06%

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Hirslanden intern
Methode / Instrument	Indikatorenerhebung

8 Operationen

8.1 Nationale 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

Messergebnisse

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.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Die Messungen mit dem SQLape-Tool ergeben keine plausiblen Daten. Daher verzichtet die AndreasKlinik auf die Publikation dieser nicht validierten Ergebnisse. Beispielsweise werden zweizeitige, doppelseitige Eingriffe als Reoperationen bewertet.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

8.2 Eigene Messung

8.2.1 IQIP Indikator 10.1 Ungeplante Rückkehr stationärer Patienten in den OP

Das International Quality Indicator Project (IQIP) dient Gesundheitsorganisationen als Instrument für die Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verbesserung der klinischen und pflegerischen Versorgungsleistung. Die AndreasKlinik verwendet dieses Instrument der Ergebnisqualitätsmessung mit dem Ziel, die Kernprozesse der Pflege und Medizin strukturiert auf Verbesserungspotentiale überprüfen zu können.
Für die Berechung der Reoperationsrate wird der prozentuale Anteil der *Anzahl der ungeplanten Rückverlegungen stationärer Patienten in den OP* zu der *Anzahl der Verlegungen stationärer Patienten in den OP* ermittelt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Reoperationsrate 2015: 1.16%

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Hirslanden intern
Methode / Instrument	Indikatorenerhebung

9 Infektionen

9.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative 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. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herz-chirurgischen Eingriffen) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

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.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Swissnoso

10 Stürze

10.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

Weitere Informationen:
www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind		5	3	2
In Prozent	-	12.50%	7.00%	4.40%

Bei den hier publizierten Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Von den zwei gemessenen Stürzen fanden beide bereits vor dem Klinikaufenthalt statt.

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

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.

Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	45	Anteil in Prozent (Antwortrate)	100.00%

10.2 Eigene Messung

10.2.1 IQIP Indikator 13.1 Dokumentierte Stürze

Das International Quality Indicator Project (IQIP) dient Gesundheitsorganisationen als Instrument für die Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verbesserung der klinischen und pflegerischen Versorgungsleistung. Die AndreasKlinik verwendet dieses Instrument der Ergebnisqualitätsmessung mit dem Ziel, die Kernprozesse der Pflege und Medizin strukturiert auf Verbesserungspotentiale überprüfen zu können.
Für die Berechung der Sturzrate wird der Anteil der *Anzahl dokumentierter Stürze* pro *1000 Patiententage* ermittelt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Sturzrate 2015: 1.13

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Hirslanden intern
Methode / Instrument	Indikatorenerhebung

11 Wundliegen

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

11.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen.

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

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte 2012	2013	2014	Anzahl Erwachsene mit Dekubitus im 2015	In Prozent
Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1-4		2	0	1	2.20%
	ohne Kategorie 1		0	0	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1		1	0	0	0.00%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1		1	0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1		0	0	1	2.20%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1		0	0	0	0.00%

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.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung 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.	
Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	45	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	100.00%

11.2 Eigene Messungen

11.2.1 IQIP Indikator 15.15 Dekubitus bei stationären Akutpatienten

Das International Quality Indicator Project (IQIP) dient Gesundheitsorganisationen als Instrument für die Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verbesserung der klinischen und pflegerischen Versorgungsleistung. Die AndreasKlinik verwendet dieses Instrument der Ergebnisqualitätsmessung mit dem Ziel, die Kernprozesse der Pflege und Medizin strukturiert auf Verbesserungspotentiale überprüfen zu können.
Für die Berechung der Dekubitusrate wird der prozentuale Anteil der *Anzahl der Patienten die während desselben stationären Aufenthaltes mindestens einen Dekubitus (unabhängig vom Grad) entwickelt haben* im Verhältnis zur *Anzahl der Pflegetage* ermittelt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Dekubitusrate 2015: 0.03%

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Hirslanden intern
Methode / Instrument	Indikatorenerhebung

12 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitatsprojekte informieren.

12.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

12.1.1 EFQM R4E 4*

- Internes Projekt mit Start im Frühjahr 2015 und voraussichtlichem Abschluss Ende 2017 / Anfang 2018
- Nach erfolgreicher EFQM R4E 3* Zeritifizierung 2013 hat sich die Klinik entschlossen, den Excellence-Weg weiter zu gehen und eine Zeritifizierung R4E 4* anzustreben.
- Refresher für Kader / Ausbildung von vier zusätzlichen Assessoren / Selbstbewertung anhand der acht Grundkonzepte in Kleingruppen / Workshop Kader "Evaluation der Hauptschwächen" / Bildung von Projketarbeitsgruppen / selbständiges Arbeiten des Kaders in den Projektgruppen / Präsentation der Gruppenarbeiten / Definition von Massnahmen zur Bearbeitung der Hauptschwächen.
- Aktuell läuft die Umsetzung der Massnahmen. Parallel wird die Schreibgruppe (alle Assesoren) mit der Planung für die Bewerbungsschrift beginnen. Ein Fremdassesment wird für 2017/2018 ins Auge gefasst.

12.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

12.2.1 Einführung Patientenidentifikationsarmband

- Klinikinternes Projekt von Oktober 2014 - April 2015
- Mit dem Tragen des Patientenidentifikationsarmbandes soll jederzeit eine optimale Patientenidentifikation gewährleistet werden, insbesondere in Situationen, in denen sich der Patient nicht adäquat äussern kann (nach Prämedikation, allgemeinem Verwirrtheitszustand etc.)
- Evaluation verschiedener Lieferanten (Armbänder & Drucker) / Besuch Referenzklinik / Kick-off Sitzung mit allen involvierten Schnittstellen / Bestimmung und Aufbau einer Pilotabteilung / Testphase / Evaluation Testphase / Konzept und Dokumentation erstellt / Installation Technik auf allen involvierten Abteilungen / Schulungen Pflegepersonal / Start mit Patientenidentifikationsarmband / Evaluation Prozess 2016.
- Die Anwendung des Armbandes in der Pflege wird im Frühjahr 2016 erstmals systematisch evaluiert. Die bisherigen Rückmeldungen von Patienten und Mitarbeitenden sind durchwegs positiv.

12.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

12.3.1 ISO 9001:2008

- Jährliches, internes Projekt. Rezertifizierung jeweils nach drei Jahren, dazwischen jährliche Aufrechterhaltungsaudits.
- Erfolgreiche Rezertifizierung.
- Laufende Aktualisierung und Überarbeitung der Dokumentation und der Prozesse durch Prozesseigner / Inputs aus den vergangenen Audits auf Umsetzbarkeit prüfen und wo sinnvoll umsetzen.
- Zertifizierung nach ISO 9001:2015 bis 2018.

13 Schlusswort und Ausblick

Aus Sicht Qualitätsmanagement steht die Weiterführung des Excellence-Weges sowie das zweitägige ISO-Aufrechterhaltungsaudit im Zentrum. Bezüglich ISO-Norm müssen bereits die Elemente der anstehenden Normenrevision 9001:2015 beachtet werden. Insbesondere die systematische Umfeldbeobachtung und die Einbindung der interessierten Parteien. Die laufenden Aktivitäten im Bereich Hygiene werden auch 2016 fortgesetzt. Nebst weiteren Schulungen wird beispielsweise auch der jährliche Händehygienetag wieder genutzt, um sämtliche Mitarbeitende aber auch Besucher und Partner für das Thema Händehygiene zu sensibilisieren.
Weiter werden Prozess- und Ablaufevaluationen sowie sämtliche Qualitätsreportings dazu beitragen, dass Vorgehensweisen ständig hinterfragt und wo sinnvoll angepasst und optimiert werden. Die kontinuierliche Begleitevaluation von getroffenen Massnahmen und ihre Wirksamkeit sind unumgänglich und werden die AndreasKlinik auch im Jahr 2016 weiter beschäftigen.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: Jahresbericht

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'

Radikale Prostatektomie
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Plexuschirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und >= 2000g)
Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und >= 1250g)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie

Herausgeber

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

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht

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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa

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

Die 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**).

Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.
Siehe auch: www.patientensicherheit.ch

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.
Siehe auch: www.anq.ch