

HIRSLANDEN



KLINIK STEPHANSHORN

Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2016
Andrea Rüsche, Direktion

Version

Hirslanden, Klinik Stephanshorn

www.hirslanden.ch



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
Rahel Simmen
Qualitätsbeauftragte
071 282 76 63
rahel.simmen@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 beteiligten 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	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.3.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	12
4.4 Registerübersicht	13
4.5 Zertifizierungsübersicht	14
QUALITÄTSMESSUNGEN	15
Befragungen	16
5 Patientenzufriedenheit	16
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	16
5.2 Beschwerdemanagement	17
6 Mitarbeiterzufriedenheit	18
6.1 Eigene Befragung	18
6.1.1 Gallup-Befragung	18
Behandlungsqualität	19
7 Wiedereintritte	19
7.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	19
8 Operationen	20
8.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	20
9 Infektionen	21
9.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	21
10 Stürze	23
10.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	23
11 Wundliegen	25
11.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	25
12 Weitere Qualitätsmessung	27
12.1 Weitere eigene Messung	27
12.1.1 Infektionen (andere als mit Swissnoso)	27
12.1.2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	28
12.1.3 Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)	29
12.1.4 Dauerkatheter	30
13 Projekte im Detail	31
13.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	31
13.1.1 Vereinheitlichung der Prozesse im Bereich Pflege	31
13.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015	32
13.2.1 EFQM Fremdasessment auf Stufe Recognised for excellence	32
13.2.2 Ambulante Patientenbefragung	32
13.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte	32
13.3.1 ISO 9001:2015	32

13.3.2	Gefäßzentrum USGG	32
14	Schlusswort und Ausblick	33
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	34
	Akutsomatik.....	34
	Herausgeber	36

1 Einleitung

Hirslanden Klinik Stephanshorn

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 6'500 stationäre Patientinnen und Patienten und in der Wochenbettabteilung erblicken gegen 800 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.

Highlights aus dem Klinikjahr 2015:

01.2015 Am 1. Januar wurde die Gefässmedizin Stephanshorn eröffnet. Erstmals bietet die Klinik Gefäss- und Thoraxchirurgie an

04.2015 Eröffnung Notfall und Bettenhaus mit 24 Betten

05.2015 Die neue interventionelle Durchleuchtungsanlage wird in Betrieb genommen

08.2015 Eröffnung der Orthopädie Unfallchirurgie Stephanshorn

09.2015 EFQM Anerkennung für Excellence mit 4 Sternen

09.2015 Eröffnung der Nierenpraxis am Stephanshorn per 1.9.2015. Erstmals bietet die Klinik das Fachgebiet Nephrologie an

12.2015 Eröffnung der Endoskopischen & Minimal Invasiven Neurochirurgie ENDOMIN mit dem Schwerpunkt Craniale Neurochirurgie

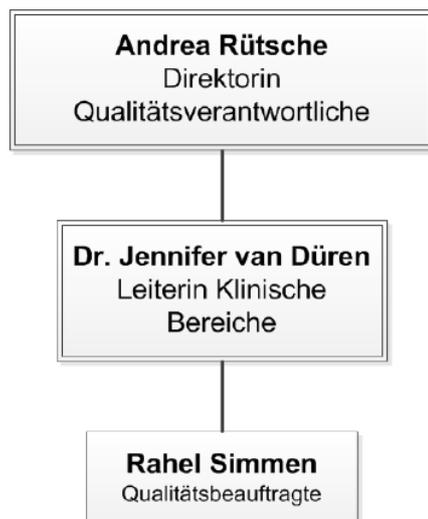
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Organigramm Qualitätsmanagement



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **100** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Andrea Rütsche
Direktorin, Qualitätsverantwortliche
Hirslanden, Klinik Stephanshorn
071 282 75 31
andrea.ruetsche@hirslanden.ch

Dr. Jennifer van Düren
Leitung Klinische Bereiche
Hirslanden, Klinik Stephanshorn
071 282 72 70
jennifer.vandueren@hirslanden.ch

Frau Rahel Simmen
Qualitätsbeauftragte
Hirslanden, Klinik Stephanshorn
071 282 76 63
rahel.simmen@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

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.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015

EFQM Fremddassessment auf Stufe Recognised for excellence

Nach grosser Vorbereitung und Vorarbeit fand im Spätsommer 2015 das EFQM Fremddassessment statt. Die Klinik wurde nach dem Kriterienmodell von EFQM bewertet und durfte 2 Wochen nach den intensiven Assessmenttagen das Zertifikat "Recognised for excellence 4 star" entgegennehmen und feiern.

ISO - Rezertifizierung

Im Dezember stand die ISO 9001:2008 - Rezertifizierung an, welche erfolgreich erreicht wurde.

Patientenidentifikation

Die Sensibilisierung zum Thema "Patientenidentifikation" war während des ganzen Jahres ein Schwerpunktthema. Es fanden Fortbildungen für die Mitarbeitenden statt, welche von einem Projektteam organisiert und durchgeführt wurden.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

EFQM Fremddassessment auf Stufe Recognised for excellence

Erreichen des Zertifikats "Recognised for excellence 4 star" mit Unterstützung vieler Mitarbeitenden der Klinik.

ISO - Rezertifizierung

Erfolgreiche ISO 9001:2008 - Rezertifizierung.

Patientenidentifikation

Sensibilisierung der Mitarbeitenden rund um das Thema Patientenidentifikation, welches ein Teil der Patientensicherheit darstellt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Auf dem Weg von EFQM bleiben

Ein erster Meilenstein wurde mit dem Erreichen der 4 Sterne von EFQM gesetzt. Ganz nach dem Motto von EFQM, "dauerhaft exzellente Ergebnisse zu erzielen" wird das Ziel der kommenden Jahre sein, dieses Niveau zu halten und weiterzuentwickeln.

Etablierung des Konzeptes Patientensicherheit in der Klinik

Umsetzung und kontinuierliche Überprüfung des Konzeptes, welches über alle Kliniken der Hirslandengruppe Gültigkeit trägt.

Folgende Schwerpunkte beinhaltet das Konzept:

- CIRS
- Safe Surgery Saves Lives
- Medikamentensicherheit
- Vigilance
- Patientenidentifikation
- Klinische Pharmakologie
- Rapid Response Team
- Hygiene
- Fort- und Weiterbildung

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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.

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:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

4.2 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:
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Gallup-Befragung

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Infektionen (andere als mit Swissnoso)▪ Stürze (andere als mit der Methode LPZ)▪ Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)▪ Dauerkatheter

4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte

4.3.1 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 2012 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.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

Bemerkungen

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

Seit diesem Zeitpunkt ist CIRS an jedem Einführungstag neuer Mitarbeitenden ein fester Bestandteil und wird allen näher gebracht. Intern finden laufend Besprechungen zu CIRS-Themen während den einzelnen Teamsitzungen statt.

Neu wurde ein Kurzvideo zum Thema "Was ist CIRS?" erstellt, welches sowohl für neue wie auch für langjährige Mitarbeitende zugänglich ist, resp. auch am Einführungstag gezeigt wird.

4.4 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
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
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2013
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2013
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
KR SGA Krebsregister St. Gallen-Appenzell	Alle	krebssliga-sg.ch	2009
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	2012

4.5 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	gesamte Klinik	2012	2015	
EFQM Recognised for excellence 4 star	gesamte Klinik	2015	2015	
Brustzentrum Qualitätslabel der schweiz. Krebsliga (SGS)	Brustzentrum	2013	2013	In Zusammenarbeit mit dem ZeTuP SG
Anerkennung der Intensivstation	Anerkennung durch SGI	2014	2014	

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 Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.50	9.40	9.30	9.50 (9.28 - 9.61)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.40	9.30	9.00	9.20 (9.06 - 9.39)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.50	9.60	9.50	9.50 (9.41 - 9.65)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.30	9.10	9.10	9.20 (9.08 - 9.37)
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.60	9.40	9.50	9.60 (9.42 - 9.68)

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.

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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn			
Anzahl angeschriebene Patienten 2015	457		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	262	Rücklauf in Prozent	57 %

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden, Klinik Stephanshorn

Qualitätsmanagement -

Beschwerdemanagement

Rahel Simmen

Qualitätsbeauftragte

071 282 76 63

rahel.simmen@hirslanden.ch

Mo - Fr, 07.30-12.00 / 13.00 - 16.30 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 Gallup-Befragung

In der gesamten Medi-Clinic und Hirsländen-Gruppe fand im November 2015 eine einheitliche Mitarbeiterbefragung statt, welche durch die Firma Gallup durchgeführt wurde. Dies ergab einen ersten Eindruck über die Mitarbeiterbindung, welche anhand der nun jährlich stattfindende Befragung verglichen werden kann.

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Resultate werden im kommenden Jahr, in welchem auch Vergleichswerte innerhalb der Klinik vorliegen, veröffentlicht.

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

aktuelle Daten sind noch nicht vorhanden

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

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

Es sind keine aktuellen Daten vorhanden

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

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 Blinddarm-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)
▪ Magenbypassoperationen
▪ Rektumoperationen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn						
Dickdarmoperationen (Colon)	28	3	0.00%	0.00%	0.00%	10.70% (2.30% - 28.20%)
Magenbypassoperationen	174	2	-	-	-	1.10% (0.10% - 4.10%)
Rektumoperationen	9	1	-	-	0.00%	11.10% (10.30% - 48.20%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2013 – 30. September 2014

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2014 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2014 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2014 (CI*)
			2011	2012	2013	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	49	0	0.00%	3.85%	0.00%	0.00% (0.00% - 7.30%)

* 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.

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 Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

Bemerkungen

Zahlen aus dem Swissnoso Bericht übernommen.

Bei den Dickdarmoperationen (Colon) ging ein Fall in der Berichtserfassung von Swissnoso vergessen. Korrekter Wert ist:

29 Operationen, 3 festgestellte Wundinfektionen -> Infektionsrate von 10.3%

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, Klinik Stephanshorn				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	4	1	5	1
In Prozent	5.90%	2.00%	8.40%	1.30%

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

Die Resultate der diesjährigen Erhebung haben zu keinen neuen Erkenntnissen geführt. Durch die kontinuierliche Messung aller Stürze in der Klinik Stephanshorn ist die Sensibilisierung gross, was auch das gute Ergebnis aufzeigt.

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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, ▪ Säuglinge der Wochenbettstation, ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	76	Anteil in Prozent (Antwortrate)	77.00%

Bemerkungen

11% nicht anwesend, 12% haben die Befragung abgelehnt. Im Vergleich zum Vorjahr konnte die Teilnehmerzahl erhöht werden.

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 Schwerkraften.

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			Anzahl Erwachsene mit Dekubitus im 2015	In Prozent
		2012	2013	2014		
Hirslanden, Klinik Stephanshorn						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1-4	0	1	1	1	1.30%
	ohne Kategorie 1	0	0	1	1	2.90%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	0	0	0	0	0.00%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0	0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	0	1	1	1	1.30%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0	1	1	1.30%

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

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

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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, ▪ Säuglinge der Wochenbettstation, ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	76	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	77.00%

Bemerkungen

11% nicht anwesend, 12% haben die Befragung abgelehnt. Im Vergleich zum Vorjahr konnte die Teilnehmerzahl erhöht werden.

12 Weitere Qualitätsmessung

12.1 Weitere eigene Messung

12.1.1 Infektionen (andere als mit Swissnoso)

Infekterfassung alle primären Hüft- und Knie TP Implantationen.

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

Einschlusskriterien:

Hüftendoprothesen

Knieendoprothesen

Tatsächlich untersuchte Patienten:

Hüftendoprothesen 72

Knieendoprothesen 78

Ergebnisse:

Hüftendoprothesen: keinen Infekt

Knieendoprothesen: 2 Infekte

Die Ergebnisse werden in der Hirslanden Gruppe verglichen und dem Kollektiv KISS (Benchmark)

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	KISS
Methode / Instrument	KISS

12.1.2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Alle Stürze werden systematisch erfasst und ausgewertet.

Diese messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.
Alle Patienten in der Klinik, bei welchen sich ein Sturz ereignet hat

Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten:

2015: 56 Stürze (bei 35239 Pflgetagen, Anteil von 0,16%)

2014: 51 Stürze (bei 31353 Pflgetagen, Anteil von 0,16%)

2013: 45 Stürze (bei 28162 Pflgetagen, Anteil von 0,16%)

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse werden mit jenen anderen Spitälern verglichen (Benchmark)

Wertung der Ergebnisse:

- Sturzrate im Vergleich zu Vorjahren gleichbleibend
- Häufigster Risikofaktor ist der Gesundheitszustand des Patienten. Weitere identifizierte Risiken sind ein regennasser Boden und Rücksichtnahme auf Mitpatienten (es wurde kein Licht im Zimmer gemacht). Diese Risiken sind kaum bis nicht beeinflussbar.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	IQIP
Methode / Instrument	IQIP

12.1.3 Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)

Alle Dekubiti werden in der Klinik systematisch erfasst.

Diese messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.
Alle Patienten in der Klinik, bei welchen ein Dekubiti entdeckt wurde.

Anzahl tatsächlicher Dekubiti:

2015: 41 Dekubiti (bei 35239 Pflgetagen, Anteil von 0.12%) 35239 Pflgetagen, Anteil von 0.08%)	davon 27 Spannungsblasen (bei
2014: 30 Dekubiti (bei 31353 Pflgetagen, Anteil von 0.09%) 31353 Pflgetagen, Anteil von 0.07%)	davon 22 Spannungsblasen (bei
2013: 54 Dekubiti (bei 28162 Pflgetagen, Anteil von 0.19%) 28162 Pflgetagen, Anteil von 0.15%)	davon 41 Spannungsblasen (bei

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse werden mit jenen anderen Spitälern verglichen (Benchmark)

Wertung der Ergebnisse:

- Dekubitusrate im Vergleich zu Vorjahr minimal um 0.1% angestiegen
- Spannungsblasen weiterhin bestehend: Wichtige Erkenntnisse aus den Auswertungen: Mefix ist postop. oft zu gross geschnitten sowie gehäufter Einsatz von unflexiblem Material wie Opsite-Folie (nur zum Duschen)
- Dekubitus-Erfassungsqualität konnte gesteigert werden (obligatorische iFB zum Dekubituskonzept), Rückmeldungen folgen über Fachgruppe Pflege

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	IQIP
Methode / Instrument	IQIP

Bemerkungen

12.1.4 Dauerkatheter

Messung der Infektionen durch Dauerkatheter

Diese messung haben wir im Jahr 2015 in der Abteilung „Intensivstation“ durchgeführt.

Einschlusskriterien:

- Harnwegskatheter von mind. 12h bis 7 Tage vor Infektionsdatum
- Zentraler Venenkatheter innerhalb 48h vor Infektionsdatum
- Beatmung innerhalb 48h Infektionsdatum

Ausschlusskriterien: Patienten ausserhalb der Intensivstation

Tatsächliche Anzahl der Infektionen durch Dauerkatheter:

Device assoziierte Harnwegsinfekt: 1

Device assoziierte Sepsis: 0

Device assoziierte Pneumonie: 0

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse werden mit jenen anderen Spitälern verglichen (Benchmark)

Wertung der Ergebnisse:

Anzahl Harnwegskatheter: 995 Devicetage das entspricht einer Device Anwendungsrate von 76%

Anzahl Zentralvenenkatheter: 472 Devicetage das entspricht einer Device Anwendungsrate 36%

Anzahl invasiver Beatmung: 74 Devicetage das entspricht einer Device Anwendungsrate 06%

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Q1

13 Projekte im Detail

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

13.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

13.1.1 Vereinheitlichung der Prozesse im Bereich Pflege

Projektbeschreibung:

Die bisherigen Prozesseigner der Prozesse "Bettenstation", "Intensivstation", "Notfall" und "Tagesklinik" haben unter dem Lead des Qualitätsmanagement die IST-Situation analysiert und sind zum Fazit gekommen, dass es sowohl für die Anwender (die Mitarbeitenden) wie auch für sie als Führungspersonen sinnvoll ist, einen einzigen Prozess unter dem Namen "Pflege und Betreuung" zu erstellen.

Ziel:

Das Ziel der Vereinheitlichung des Prozesses "Pflege und Betreuung" soll einen Mehrwert für alle Bereiche erbringen. Folgende Vorteile werden erhofft:

- Doppelspurigkeiten werden erkannt und können vereinheitlicht werden
- Transparenz wird zusätzlich unterstützt
- Administrativer Aufwand verringert sich, da es nicht mehr vier einzelne Prozesse sondern einen gemeinsamen Prozess gibt

Zeitlicher Rahmen:

Umsetzung Sommer 2016

Projekttablauf:

IST-Analyse

Gemeinsame Besprechungen zu den einzelnen Teilprozessen und Dokumenten

Vorbereitung des neuen Prozesses im System

Involvieren der Mitarbeitenden

Kurzschulung der Mitarbeitenden

Umstellung von den bisher 4 Prozessen auf einen neuen Prozess

13.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

13.2.1 EFQM Fremdassessment auf Stufe Recognised for excellence

Beschreibung:

Die Klinik Stephanshorn hatte sich im Jahr 2013 dazu entschieden, den Weg von EFQM zu begehen. Vorbereitungen fingen bereits damals an, indem alle Führungspersonen zum Thema EFQM geschult wurden.

Anfang 2014 fand die Selbstbewertung statt, welche mittels einer externen Begleitperson durchgeführt wurde. Danach wurden drei Projekte, welche aus der Selbstbewertung resultierten, ausgewählt und weiterentwickelt.

Im Winter 2014/15 wurde die Bewerbungsschrift für das Fremdassessment erstellt und anschliessend eingereicht.

Im Sommer 2015 wurde die Klinik von 2 Assessoren besucht, welche durch verschiedene Assessments die gesamte Klinik kennenlernten, um so den Reifegrad der Klinik zu erfahren.

Ziel:

Die Klinik hatte sich zum Ziel gesetzt, die EFQM Anerkennung für die Stufe "Recognised for excellence" zu erhalten.

Ergebnis:

Zwei Wochen nach dem Assessment durfte das Ergebnis von "Recognised for excellence 4 star" stolz entgegengenommen werden.

Konsequenzen:

Aus dem Assessmenten wurden der Klinik verschiedene Optimierungsmöglichkeiten vorgeschlagen. Diese werden fortlaufend geprüft und wo möglich umgesetzt, um weiter auf dem Weg von Excellence bleiben zu können und sich stetig zu entwickeln und zu verbessern.

13.2.2 Ambulante Patientenbefragung

Nebst der bereits etablierten stationären Patientenbefragung mittels des Fragebogens, welcher bei Austritt abgegeben wird, wurde erkannt, dass die Klinik seitens der ambulanten Patienten wenig Kundenrückmeldungen bekam.

So wurden spezifische Flyer für ambulante Patienten erstellt, welche seit Mitte 2015 konsequent abgegeben werden.

Mittlerweile ist der ambulante Fragebogen ebenfalls etabliert und monatliche Auswertungen werden erstellt und analysiert.

13.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

13.3.1 ISO 9001:2015

Im Jahre 2018 steht die Re-Zertifizierung in der Norm 9001:2015 an.

Ziel:

Schulung des Qualitätsmanagements auf die neu angepasste Norm und Integration der neuen Themen.

13.3.2 Gefässzentrum USGG

Ziel:

Zertifizierung des bereits vorhandenen Gefässzentrums nach Vorgaben für ein Gefässzentrum USGG im Geschäftsjahr 2016/17.

14 Schlusswort und Ausblick

Dank neuen Inputs durch das EFQM-Assessment und den Rückmeldungen aus dem ISO-Audit werden auch im kommenden Jahr spannende Projekte im Qualitätsmanagement erwartet. So können wir die Qualität in der Klinik Stephanshorn weiterhin hoch halten und Neuerungen etablieren.

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
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Augen (Ophthalmologie)
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe
Grosse Lebereingriffe
Oesophaguschirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Herz
Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)

Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochtumore
Plexuschirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und \geq 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. SSW und \geq 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und \geq 2000g)
Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und \geq 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (Level III)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
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