Klinik Siloah

QABE
Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern

Qualitätsbericht 2008

1. Einleitung

1.1 Vorstellung der Klinik

Die Klinik Siloah ist eine private Akutklinik mit der Rechtsform einer Aktiengesellschaft. Wir behandeln Patienten in folgenden Fachgebieten:

Innere Medizin
Chirurgie allgemein
Viszerale Chirurgie
Orthopädische Chirurgie
Plastische- und Wiederherstellungschirurgie
Urologie
Neurochirurgie
Handchirurgie
Gefässchirurgie
Kieferchirurgie
Gynäkologie
Pädiatrie
Kinderchirurgie
Ophtalmologie
ORL allgemein
Hals- und Gesichtschirurgie
Dermatologie und Venerologie
Psychiatrie / Psychotherapie allg.
Anästhesiologie
Histopathologie

Wir verfügen über 4 Operations-Säle und betreiben 54 Betten, 8 davon im Rahmen einer Tagesklinik. Der MitarbeiterInnen-Stab zählt 110 Personen in 70 Stellen.

Patientenzahlen und Eingriffe	**2008**	**2007**
Stationär	1716	1681
Tagesklinik	5485	5337
Ambulant	5060	5105
Eingriffe	7179	6886
Aufenthaltsdauer	3,6	3,9 Tage

1.2 Verzeichnis der Anhänge

I „Qualitäts-Management“ der Klinik Siloah
II Q-Leitsatz 2008, Q-Politik
III Link zu Website der Klinik Siloah

1.3 Angaben zu Kontaktpersonen

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

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

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

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

2. Q-Strategie und Erfolge

2.1 Qualitätsstrategie der Klinik Siloah AG

Die Eckpfeiler der Q-Strategie der Klinik Siloah AG bilden

- eine hohe Patientenzufriedenheit
- eine hohe Patientensicherheit und
- ein hoher Ausbildungsstand unserer Mitarbeitenden.

Als lernende Organisation sind wir in einem Prozess der ständigen Verbesserung unserer Leistungen und der Überprüfung der Resultate.

2.1.1 Als privates Belegarztspital sind für uns seit jeher zufriedene Patienten und zuweisende Ärzte sehr wichtig. Deshalb führen wir kontinuierlich klinikinterne Patientenumfragen durch, welche uns sehr konkrete Rückmeldungen geben. Die erhaltenen Rückmeldungen helfen uns, Prozesse zu optimieren und die Betreuung der Patienten zu verbessern.

2.1.2 Gut ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind ein wesentliches Qualitätskriterium einer Klinik. Wir betreiben eine regelmässige intensive Aus- und Weiterbildung unseres Personals sowohl in internen wie auch externen Schulungen. Eine Mitarbeiterin hat 2008 die Weiterbildung zur Qualitätsmanagerin besucht und erfolgreich abgeschlossen.

2.1.3 Die Klinik Siloah AG orientiert sich am System des Total Quality Management (TQM). Für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Qualität sorgen hausinterne Arbeitsgruppen (Qualitätszirkel) und externe Fachspezialisten.

2.2 Hauptschwerpunkte 2008

2.2.1 PEQ – Patients' Experience Questionnaire
Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Messinstrument des Verein Outcome gemeinsam mit den anderen Spitälern im Kt. Bern inkl. Benchmark-Veranstaltung.

2.2.2 Austrittsmanagement
Messung wichtiger, mit der Entlassung des Patienten in Zusammenhang stehenden Prozesse und Schnittstellen mit einem Messinstrument des Verein Outcome. Es handelt sich um die zweite Messung (erste Messung 2006).

2.2.3 Inbetriebnahme eines „Critical Incident Reporting System
Installation einer geeigneten Software zur Meldung kritischer Vorfälle.

2.3 wesentliche erreichte Q-Ziele 2008

- Schulung aller Mitarbeitenden in Brandschutzmassnahmen in Theorie und Praxis.
- Ausbildung einer Mitarbeiterin in Qualitätsmanagement
- Überarbeitung des Qualitätsstandards „Austritt“ auf der Basis der Resultate der Outcome-Messung „Austrittsmanagement“ von 2006.

3 Q-Aktivitäten 2008

3.1 Übersichtsliste und Grad der Umsetzung von permanenten Q- Maßnahmen Zertifizierungen[1], Akkreditierungen[2]

Bezeichnung Abkürzungen erläutern	**Bereich** A=Ganzer Betrieb; B=Fachdisziplin z.Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilungen, Notfall, etc C=einzelne Abteilung	**Norm**	**Status** A=Bereits rezertifiziert, akkreditiert im Berichtsjahr; B=Zertifizierung im Berichtsjahr; C=Zertifizierung; Akkreditierung in Vorbereitung
Bemerkungen:			

Monitoring[3] und Register

Bezeichnung Abkürzungen erläutern	**Bereich** A=Ganzer Betrieb; übergreifend B=Fachdisziplin z.Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc C=einzelne Abteilung	**Erfassungsgrundlage** A=Fachgesellschaft; B=Anerkannt durch QABE oder andere Organisation C=betriebseigenes System	**Status** A=Umsetzung/Beteiligung seit mehr als einem Jahr; B=Umsetzung/Beteiligung im Berichtsjahr; C=Einführung im Berichtsjahr
Patientenbefragung laufend mit eigenem, nicht validiertem Fragebogen	A	C	A
Bemerkungen:			

3.2 Übersichtsliste der Qualitätsmessungen im Berichtsjahr

Bezeichnung Abkürzungen erläutern	**Bereich** A=Ganzer Betrieb; B=Fachdisziplin z.Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc C=einzelne Abteilung	**Erfassungsgrundlage** A=validierte Instrumente; B=betriebseigene Instrumente	**Status** A=beendet B=laufend
anästhesiologische Komplikationen und periop. Beschwerden (Pädiatrie)	A	A	A
Messung der Patientenzufriedenheit mit PEQ	A	A	A
Austrittsmanagement	A	A	A
Bemerkungen:			

[1] ISO-Zertifikate (SQS); SanaCERT; Meßmethode Q (Concret AG); etc
[2] Q-Excellence (EFQM);
[3] Monitoring: fortlaufende, systematische Sammlung/Erfassung von Daten

3.3 Übersichtsliste der Q- Projekte

Bezeichnung Abkürzungen erläutern	**Bereich** A=Ganzer Betrieb; B=Fachdisziplin z.Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc C=einzelne Abteilung	**Ziel**	**Dauer** (200X bis 200Y)
Überarbeitung Pflegestandard „Austritt“	A	zeitgerechte und vollständige Information und Dokumentation für die nachbehandelnde Stelle	2008-2009
Aufbau Meldesystem für kritische Vorfälle	A	Identifikation + Analyse von Schwachstellen und Fehlern.	2008-2009
Umbau Zentralsterilisation	A	Anpassung an die neuen Empfehlungen von Swissmedic. Erhöhung der Patientensicherheit.	2008-2009
Bemerkungen:			

4 Ausgewähltes Q-Projekt

4.1. Projekttitel: Austrittsmanagement, Nachmessung und Massnahmen

Evaluation wichtiger, mit der Entlassung des Patienten in Zusammenhang stehenden Prozesse und Schnittstellen mit einem Messinstrument des Verein Outcome Zürich. Vergleich der Resultate mit der Messung von 2006. Beurteilung und allenfalls Anpassung der Prozesse.

4.2. Ausgangslage und Bedeutung des Projektes für die Klinik Siloah

Mit immer kürzer werdender Hospitalisationsdauer wird das Austrittsmanagement immer wichtiger. Zudem ist in einem Belegarztspital eine sehr grosse Zahl von Akteuren beteiligt. Das macht eine strukturierte und zielorientierte Information an den Patienten unabdingbar. Mit einer Kontrollmessung nach 2 Jahren wollten wir die Entwicklung in diesem Bereich überprüfen.

4.3. Projektziele

Erfassen von Stärken und Schwachstellen im Austrittmanagement vor allem zwischen folgenden Personengruppen:

- Pflegefachpersonen und Patienten
- Belegärzte und Patienten
- Belegärzten und Pflegefachpersonen.

4.4. Projektablauf/Methodik

Projektablauf und Auswertung durch Verein Outcome festgelegt.
- Messzeitraum 07/2008 bis 11/2008 bzw. 08/2008 bis 11/2008
- Eingeschlossene Fälle: 332
- Messverantwortlicher: Dr. Hans Thalmann

Sämtliche beteiligten Personen wurden von ihm persönlich instruiert.

4.5. Ergebnisse

Wir konnten folgende wichtigen Erkenntnisse gewinnen:

- Die Messung „Austrittsmanagement“ wurde mit Blick auf grössere öffentliche Spitäler entwickelt. Viele Fragestellungen passen nur bedingt zu einem kleinen Privatspital mit Belegarztsystem. Zudem haben wir in der Klinik Siloah doch einen deutlich anderen Case-Mix als im durchschnittlichen öffentlichen Spital. Das macht die Interpretation der Ergebnisse im Benchmark schwierig.
- In wichtigen Fragestellungen der Organisation des Austritts zeigt die Klinik Siloah gute Ergebnisse. Die Überschaubarkeit unseres kleinen Betriebes ist dabei sicher mit ein Grund für diese guten Resultate.
- Resultate zum Feedback der nachbetreuenden Stelle (Hausarzt, Pflegeheim, Spitex. usw) können wegen der geringen Fallzahlen (teilweise 1-2 Fälle) nicht beurteilt werden. Ein unzufriedener Hausarzt ergibt hier schon einen Problemscore von 100%. Typischerweise werden unsere Patienten zu 95% nach Hause entlassen und verbleiben zur Nachkontrolle beim behandelnden Belegarzt.
- Wir werden jenen Faktoren, die wir beeinflussen können (Pflegeprozesse, Administration), verstärkt Beachtung schenken, damit Informationen an die nachbetreuende Stelle vollständig, zeitgerecht und korrekt sind. Wir sind deshalb daran, den Pflegestandard „Austritt“ zu überarbeiten.

Die detaillierten Ergebnisse sind vom Verein Outcome in einer mehr als 60-seitigen Auswertung dargestellt. Sollte sich ein Leser für die Resultate der einzelnen Fragen interessieren, sind wir gerne bereit Einblick unter Wahrung der Vertraulichkeit zu geben.

4.6. Projektevaluation/Konsequenzen

Es ist geplant, trotz der erwähnten Vorbehalte, dieses Projekt in 2-bis 3 Jahren, wenn möglich zu wiederholen, um in Erfahrung bringen zu können, ob die angepassten, dann umgesetzten Prozessabläufe eine nachweisbare Verbesserung gebracht haben.

5 Indikatoren der Ergebnisqualität

A) QABE flächendeckende[4] Datenerhebungen und – auswertungen

Indikator: Patientenzufriedenheit im stationären Bereich

5.1 Beschreibung	**5.2 Verwendetes Instrument**	**5.3 Patientenkollektiv** *E=Ein- und A=Ausschlusskriterien* *R=Rücklaufrate in %*
Patientenfragebogen zur Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt	Kurzfragebogen PEQ (Patients' Experience Questionnaire) 15 Fragen Bewertung: 1-6 6=sehr zufrieden bis 1=sehr unzufrieden	E=Aufenthalt im Akutspital mit > 1 Übernachtung im Spital A=Wöchnerinnen; Wohnsitz im Ausland Erinnerungsversand durchgeführt (ja/nein): …ja… R=…69.7%

5.4 Methodik[5] und Durchführung *Datensammlung durch*	**Datenanalyse durch**	**Dauer der Befragung**	**Durchgeführte Korrekturen** *(nach Patienten-Mix etc)*
Verein Outcome	Verein Outcome	12 Wochen	Keine

[4] Inklusive nationale Messungen (Vorgaben des IVQ resp. nationaler Verein Qualitätsentwicklung)
[5] Erfassungsmethodik: PEQ-Pilotmessung Kt.Bern. (Information: Verein Outcome oder Koordinationsstelle QABE)

5.1 Resultate *Beschreibung der Variable / Messgrösse*	**SpitalQ$_{75}$** *Oberstes Quartil*	**SpitalQ$_{50}$** *Median*	**SpitalQ$_{25}$** *Unterstes Quartil*	**Spital$_{M}$ (SD)** *Durchschnittswert des Berichtsspitals*	**BE$_{M}$ (SD)** *Durchschnittswert der Berner Spitäler 2007/08*
Skala: Ärztliche Versorgung	6	5	3.5	5.5	5.4 (0.7)
Skala: Pflegerische Versorgung	6	5	2	5.5	5.4 (0.7)
Skala: Organisation, Management und Service im Spital	6	5.2	2.4	5.4	5.2 (0.7)

Kommentar und Interpretation:
Wir haben in unserem Spital in fast allen Bereichen Werte, die erfreulicherweise leicht bis deutlich über den Mittelwerten liegen. Wir sind uns aber bewusst, dass sich unser befragtes Kollektiv punkto Alter, Eintrittsart und betreuende Ärzte von den meisten öffentlichen Kliniken unterscheidet. Zudem ist die hohe Anzahl Belegärzte und die individuelle Betreuung durch diese Ärzte bei der Interpretation der Resultate zu berücksichtigen.

Legende:

$SpitalQ_{75}$ = Berichtsspital: oberstes Quartil: oberhalb dieses Werts liegen 25% der Antworten
$SpitalQ_{50}$ = Berichtsspital: Median: 50% der Antworten liegen unterhalb; 50% oberhalb dieses Werts
$SpitalQ_{25}$ = Berichtsspital: unterstes Quartil: unterhalb dieses Werts liegen 25% der Antworten
$Spital_{M}$ = Berichtsspital: Mittelwert resp. Durchschnittswert
BE_{M} = beteiligte Berner Spitäler: Mittelwert resp. Durchschnittswert
SD = Standardabweichung für den Mittelwert

6 Ausblick

6.1 Wichtigste Erkenntnisse

5.1.1 Der Umgang mit Qualitätsmessungen (besonders auch im vorgestellten Projekt) hat uns gezeigt, dass sich Resultate bei einer Zweitmessung negativ verändern können, ohne dass in den Prozessen etwas verändert wurde. Erkenntnis: Eine Erhebung ist immer auch abhängig vom befragten Kollektiv, d.h. es werden nicht die gleichen Personen befragt wie in der Ausgangsmessung.

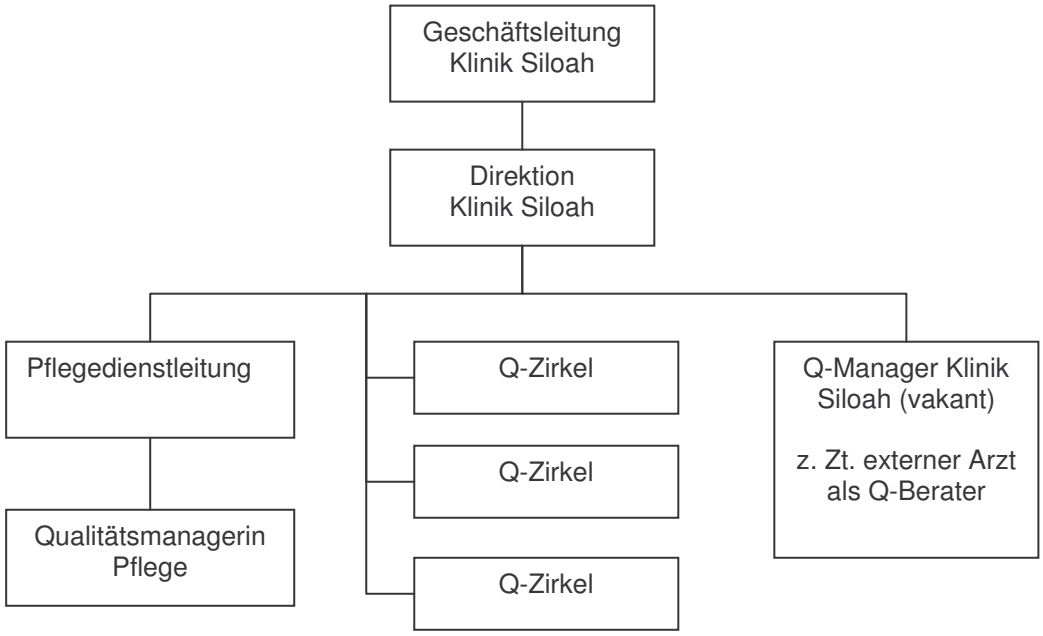
5.1.2 Die ersten internen Erfahrungen mit dem Aufbau einer „Fehlerkultur“ als Teil einer Qualitätssteigerung haben uns erkennen lassen, dass es von Vorteil ist, wenn für die Fehlermeldungen eine geeignete Software vorhanden ist. Wir haben deshalb die Firma new-win beauftragt, uns eine Intranetlösung zu installieren. Diese Lösung ist nun in Betrieb, scheint uns sehr zweckmässig und wird von den Mitarbeitenden benützt.

5.1.3 Arbeiten für Qualitätsprojekte werden von den Mitarbeiterinnen gerne übernommen, wenn vorgängig die Gründe für das Projekt dargelegt werden und am Schluss über die Resultate orientiert wird und aus den Auswertungen Rückschlüsse gezogen werden, welche die Prozesse positiv beeinflussen. Soll diese Bereitschaft der Mitarbeitenden weiter so hoch bleiben, so müssen wir darauf achten, Messresultate in jedem Fall zu kommunizieren und in besonderen Arbeitsgruppen Massnahmen zu erarbeiten und umzusetzen.

7 Anhänge

I. Personeller und organisatorischer Stand des Qualitätsmanagements:
Wir konnten im Laufe des letzen Jahres eine Mitarbeiterin der Pflege, Frau F.Eichenberger zur Qualitätsmanagerin ausbilden. Sie weilt allerdings zur Zeit noch im Schwangerschaftsurlaub. Als Unterstützung im QM haben wir als externe Hilfe Herrn Dr. Heinz Hofstetter ad interim beigezogen.

Organigramm des QM:



II. Q-Leitsatz 2008: Qualität bringt uns weiter.

Qualitätspolitik der Klinik Siloah AG

- Die Klinik Siloah AG orientiert sich im Qualitäts-Management am Prinzip des TQM (Total Quality Management).
- Die kontinuierliche Überprüfung und Verbesserung unserer Leistungen ist für uns ein wichtiger Faktor für den langfristigen Unternehmenserfolg
- Die Qualitätsarbeit soll praxisorientiert sein und nachweislichen Nutzen bringen.
- Die Zufriedenheit unserer Patienten, Mitarbeiter und Partner ist uns wichtig.
- Die Patientensicherheit ist uns ein zentrales Anliegen und wird kontinuierlich gefördert.
- Resultate von Qualitätsmessungen werden allen Mitarbeitenden kommuniziert.
- Wir definieren jährlich die Qualitäts-Ziele für die Klinik Siloah AG.
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz und die Erfüllung der gesetzlichen Forderungen und Empfehlungen sind weitere wichtige Elemente des Qualitätsmanagements.

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

(Leitbild, Organisation usw.)