

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

30.05.2017
Hanspeter Frank, Direktor

Version

Privatklinik Linde AG

www.kliniklinde.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 2016.

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 Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

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 2016

Dr.
Hanspeter Frank
Direktor
032 366 43 60
hanspeter.frank@kliniklinde.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 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

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 Methoden / 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 entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie 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 2016	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016	9
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 kantonal vorgegebenen Messungen	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	15
4.5 Registerübersicht	16
4.6 Zertifizierungsübersicht	17
QUALITÄTSMESSUNGEN	18
Befragungen	19
5 Patientenzufriedenheit	19
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	19
5.2 Eigene Befragung	20
5.2.1 Ambulanter Bereich Radiologie	20
5.2.2 Stationären Bereich	21
5.3 Beschwerdemanagement	22
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	23
7.1 Eigene Befragung	23
7.1.1 Mitarbeiterbefragung 2016	23
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
Behandlungsqualität	24
9 Wiedereintritte	24
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	24
10 Operationen	25
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	25
11 Infektionen	26
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	26
12 Stürze	28
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	28
13 Wundliegen	29
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	29
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17 Weitere Qualitätsmessungen	

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

18	Projekte im Detail	31
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	31
18.1.1	Vorschlagswesen	31
18.1.2	CIRS	31
18.1.3	Beschwerdemanagement	31
18.1.4	Anmeldeprozess	31
18.1.5	DMS Projekt	31
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	31
18.2.1	Masterplan- Investitionen in die Zukunft	31
18.2.2	Operationssaal 4	31
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	32
18.3.1	ISO 9001:2015	32
18.3.2	ISO 13485:2016	32
18.3.3	EFQM	32
19	Schlusswort und Ausblick	33
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		34
Akutsomatik		34
Anhang 2		
Herausgeber		37

1 Einleitung

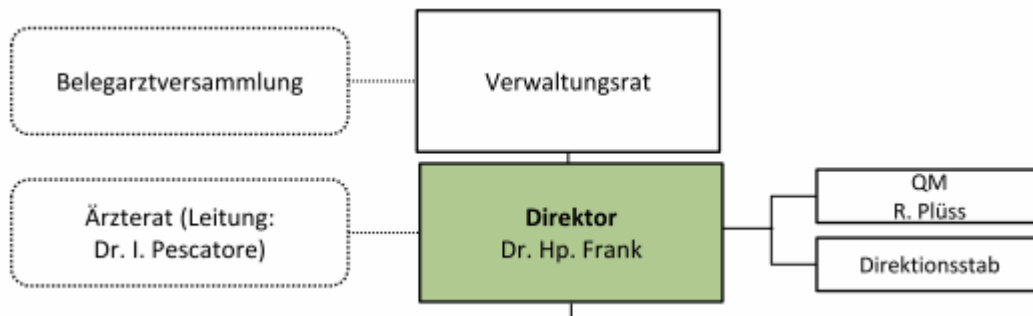
Die Privatklinik Linde ist das führende Privatspital in der Region Biel / Seeland / Berner Jura. Rund 90 fachlich hoch qualifizierte Belegärzte und ein engagiertes Therapeuten- und Pfl egeteam sorgen für eine persönliche medizinische Betreuung und den spürbaren Linde-Spirit: das Familiäre, diese besondere Gastfreundschaft. Die Privatklinik Linde bietet eine erstklassige Grundversorgung und setzt gezielt Schwerpunkte, in denen besonders herausragende Leistungen erbracht werden. Das Denken ist ganzheitlich, die enge Zusammenarbeit über alle Fachgebiete hinweg gehört zum medizinischen Selbstverständnis. Ebenso wie die Einhaltung höchster Qualitätsstandards, die sich in zahlreichen Mitgliedschaften und Zertifizierungen zeigt.

2016 war für die Privatklinik Linde AG ein Jahr mit grossen Investitionen in die Zukunft: Es entstand der Erweiterungsbau, der Ausbau des Parkings konnte begonnen werden und ein OP-Saal wurde grundlegend erneuert. Dass der Klinikalltag trotz dieser Grossbauprojekte erfolgreich weiter geführt werden konnte, ist keine Selbstverständlichkeit. Umso erfreulicher ist es, dass die Patientenzahlen bei gleichbleibender Qualität gegenüber dem Vorjahr klar gesteigert werden konnten.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Der Direktor der Privatlinik Linde AG ist der Qualitätsbeauftragte des Unternehmens. Unterstützt wird er durch eine Stabstelle "Qualitätsmanagement".

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt dem Direktor unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **1.8** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. Hanspeter Frank
 Direktor, Qualitätsbeauftragter
 Privatlinik Linde AG
 032 366 43 60
hanspeter.frank@kliniklinde.ch

Frau Ruth Plüss
 Verantwortliche Qualitätsmanagement
 Privatlinik Linde AG
 032 366 42 72
ruth.pluess@kliniklinde.ch

3 Qualitätsstrategie

Das Ziel der Privatklinik Linde AG ist es, den Patientinnen und Patienten eine fachkompetente Betreuung zu bieten – sei dies medizinisch bezüglich in der Hotellerie. Das motivierte und hilfsbereite Personal soll den Spitalaufenthalt möglichst kurz und angenehm gestalten.

Die medizinische Prozesse sind in verbindlichen Standards formuliert und werden entsprechend im Qualitätssystem hinterlegt und überprüft.

Die Klinik hat organisiert, dass regelmässige Qualitätsbefragungen bei den Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Die Ergebnisse werden regelmässig analysiert und Massnahmen zur Verbesserung eingeleitet.

Die Qualität wird durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewährleistet. Wir stellen deshalb sicher, dass die Standards bekannt sind und entsprechend geschult werden. Wir haben ein Verbesserungsmanagement eingeführt, welches allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich ist. CIRS Meldesysteme und die VIGILANC Systeme sind bei uns Standard.

Wir messen unsere medizinischen, Hotel- und administrativen Prozessen sowohl bei internen Audits als auch bei externen Audits. Neben den notwendigen Audits der Gesundheitsbehörden werden folgende externen Audits geplant:

ISO 9001 : 2008; geplant für 2018 ISO 9001 : 2015

Zentralsterilisation ISO 13485 : 2003; geplant für 2018 / 2019 13485 : 2016

EFQM Assessment vier Sterne; geplant Rezertifizierung 2018

Unsere Klinik legt grossen Wert auf die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Ärzten und allen Akteuren der Gesundheitsversorgung. Wir pflegen diese Beziehungen mit grosser Sorgfalt.

Bezüglich der Umwelt sind wir uns bewusst, dass wir eine besondere Verantwortung tragen. Dies berücksichtigen wir bei der Auswahl unserer Produkte, bei der Gestaltung der Prozesse, beim Einsatz von Energien (z.B. Strom, Treibstoffe etc.) und bei der Entsorgung.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

Verbesserung der Ergebnisse aus den Patientenzufriedenheitsumfragen MECON.

Stärkung des Ärztirates durch Einbezug bei wesentlichen Anpassungen von medizinischen Prozessen. Halten des hohen Niveaus in den ambulanten Bereichen (Physiotherapie, Radiologie etc.).

Verbesserung der Infrastrukturqualität durch Umsetzung des Masterplanes der Klinik. Behandlung der ärztlichen CIRS - Meldungen im Ärzterrat und Erfa-Treffen in allen involvierten Abteilungen

Einführung Prozesse der zentralen Patientensteuerung.

Überprüfung der Prozesse der Patientenanmeldung - insbesondere der Bereich des Dokumentenmanagements.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

- Einführung des neuen SPECT-CT Gerätes und Sicherstellung der Prozesse der Nuklearmedizin.
- Sicherstellen der qualitativen Anforderungen beim OP-Umbau des Saals 4. Dies betrifft die Hygieneanforderungen aber auch die Sicherstellung der Prozesse durch die geänderten Saalbelegungen.
- Sicherstellen der zeitlichen und finanziellen Ziele beim OP-Umbau.
- Durch die Fertigstellung der Klinikerweiterung auf das Frühjahr 2017 wurden die Prozesse für die Inbetriebnahme definiert und umgesetzt. Dies betrifft die Bereiche Pflege, IMC und Physiotherapie. Die Supportprozesse Hotellerie, Technik und IT sind ebenfalls miteinbezogen worden.
- Gegenüber den Nachbarn konnte beim Bau der Parkingerweiterung die Sicherheitsanforderungen eingehalten werden.
- Die Qualitätspolitik bezüglich der Audits, wurde angepasst.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Die Umsetzung der Norm ISO 9001: 2015 muss konkretisiert werden. Eine externe GAP-Analyse soll helfen, die anzugehenden Schritte zu konkretisieren.
- Der Neubau wird 2017 in Betrieb genommen. Die Prozesse der IMC, der Physiotherapie und des OP sind zu aktualisieren und die Dokumentationen in diesem Bereich anzupassen.
- Im Bereich Pflege soll die Pflegequalität durch verschiedene unterstützende Projekte gesteigert werden.
- Das Projekt in der Pflege „Eintrittsklinik“ soll den Aufnahmeprozess im stationären Bereich wesentlich verbessern.
- Die wirtschaftliche Situation soll durch ein verbessertes ALOS-Management und die Überprüfung des Skill Grade Mixes verbessert werden.
- Das Projekt „Austrittsmedikation“ soll den Medikationsprozess beim Austritt mit Hilfe von neuen elektronischen Konzepten verbessern.
- Das Lagermanagement wird durch den Einsatz von HIM-Scannern verbessert und der Prozess dadurch sicherer gestaltet.
- In der Radiologie wird für die Anmeldung zur radiologischen Untersuchung von externen Ärzten ein Zuweiserportal eingeführt.
- Das Projekt „Patientenaufnahmeprozess“ soll zusammen mit dem Projekt DMS den Anmeldeprozess für die Belegärzte wesentlich verbessern.

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>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ QABE

Bemerkungen

Seit 2007 sind Leistungserbringer (alle öffentlichen und privaten Spitäler im Kanton Bern) und Kostenträger (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF), santésuisse und eidg. Sozialversicherer) paritätisch im Steuerungsgremium QABE vertreten und beschliessen gemeinsam die Ausrichtung in der Qualitätsentwicklung im Kanton Bern (QABE).

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:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Ambulanter Bereich Radiologie▪ Stationären Bereich
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Mitarbeiterbefragung 2016

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Patientenaufnahme und Eintrittsprozess

Ziel	Optimierung der Patientenaufnahme- und der Eintrittsprozesse
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Abteilungen / Stellen auf dem Patientenpfad
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 / 2017
Begründung	Die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten und den Belegärzten sowie den Patientinnen und Patienten soll verbessert werden.
Methodik	Befragung der involvierten Stellen. Analyse und Synthese der Ergebnisse der Aufnahme der Ist-Situation
Involvierte Berufsgruppen	Medizinisches Fachpersonal / Personal Patientenaufnahme / Personal Administration
Evaluation Aktivität / Projekt	Projekt ist gegenwärtig in der Phase der Aufnahme der Ist-Situation
Weiterführende Unterlagen	Prozessbeschreibungen, Patientenpfad

DMS Projekt (Dateien Management System)

Ziel	Einführen einer zentralen, prozessoptimierten Datenhaltung. Im Fokus sollten eigentlich nicht nur die medizinischen Bereiche (IT ist „nur“ Dienstleister), sondern alle am Patientenpfad entstehenden und benötigten Dokumente/Informationen stehen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizinische Bereiche / IT
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Dateien sollen für alle Kliniksysteme nach den Vorgaben des Datenschutzes zur Verfügung stehen.
Methodik	Analyse Dateimanagement heute, Synthese, Konzept, Evaluation DMS System, Entscheid
Involvierte Berufsgruppen	Alle Klinikbereiche des Patientenpfades, IT
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Projekt befindet sich in der Konzeptphase und die Verantwortlichen sind dabei die Ausschreibung für ein DMS System zu gestalten.

Prozesse Klinikneubau

Ziel	Die Prozesse des Klinikneubaus sollen definiert und optimal gestaltet werden.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizinische Bereiche, Hotellerie und administrative Bereiche im Zusammenhang mit dem Klinikneubau.
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die Klinikprozesse sollen auf die Struktur des Neubaus (Privat und Halbprivatabteilung) ausgerichtet sein.
Methodik	Ergebnisse der Nutzersitzungen aus dem Bauprojekt. Definition der Nutzergruppen. Bestimmen der Prozesse und Einführungsplan.
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, IMC, OP, MTT, Ärzte
Evaluation Aktivität / Projekt	Der Neubau ist in der Realisationsphase. Die Prozesse werden gegenwärtig Verifizierung und neu gestaltet.

Umbau Zentralsterilisation

Ziel	Eine prozessorientierte ZSVA, welche den externen (Normen/Swissmedic) und internen (Arbeitsabläufe) Anforderungen entspricht. Optimale Nutzung der Räumlichkeiten.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	OP Bereich / ZSVA
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017 - 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die ZSVA entspricht nicht mehr den heutigen Anforderungen. Der Lebenszyklus der Geräte ist erreicht.
Methodik	Auswahl von zwei Firmen und Besichtigung von verschiedenen ZSVA's
Involvierte Berufsgruppen	Technischer Dienst, Ärztliche Leitung, Leitung ZSVA und ein Mitarbeiter ZSVA
Evaluation Aktivität / Projekt	Der Umbau ist in der Planungsphase.

EPIC (Einfache PC-Anmeldung in Clinic)

Ziel	Einfache und effizientes Login auf dem PC und in die berechtigten Applikationen (SSO).
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganze Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	01.03.2017 - 30.04.2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
Begründung	Effizienzsteigerung und minimierung von Verwaltungsaufwänden.
Methodik	HERMES für Kleinprojekte
Involvierte Berufsgruppen	IT, Fachbereiche
Evaluation Aktivität / Projekt	Einführung in Imprivata mit Badge und SSO. Upgrade Citrix Plattform von V6.5 auf V7.14. Einführung neue Thin Clients (HPT 630). Evaluation neuer Notebooks. Upgrade Infrastruktur für Windows 10 wegen neuen Notebooks (parallel Betrieb Windows 7 und Windows 10) deshalb werden nur Windows 7 Applikationen virtualisiert.

Zuweisportal

Ziel	Vereinfachtes Patientenmeldung für unsere Zuweiser
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radiologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	November 2016 - Oktober 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
Begründung	Vereinfachte und optimierete Patientenmeldung für unsere Zuweiser
Methodik	Implementierung und Umsetzung von Soft- und Hardware in den zuweisenden Praxen und integration ins bestehende RIS
Involvierte Berufsgruppen	Radiologie, Informatik, externe IT-Firmen, Testpraxen
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Zuweisportal ist in der Testphase

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 2009 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

CIRS Meldungen werden im Ärzterrat behandelt. Der ärztliche Leiter setzt die definierten Massnahmen in den entsprechenden Abteilungen um.

CIRS-Meldungen werden nicht nur im ärztlichen Bereich, sondern auch in der Pflege, MTT, Hotellerie, OPS, ... systematisch in den Abteilungen bearbeitet. Übergreifende Fälle werden im CIRS-Board besprochen.

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
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	2008
Mammaimplantatregister Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	MEM Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch	laufend
Infreporting Melde­system meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	laufend
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2015
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012

Bemerkungen

zusätzliche Register:

Westdeutsches Brust-Centrum WBC (überregionales Krebsregister) seit 2010

FMCH - Chirurgie seit 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	Angewendet im gesamten Betrieb	2000	2015	
EFQM - Anerkennung für Excellence (R4E)	Angewendet im gesamten Betrieb	2013	2015	Assessment mit vier Sternen ausgezeichnet
ISO 13485:2003	Zentralsterilisation	2000	2015	
ISO 17665-1:2006	Zentralsterilisation	2000	2015	
SGSSC	Zentrum für Schlafmedizin	2007	2016	Schlaflabor Privatklinik Linde

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). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Den Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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

Aus der nationalen Patientenbefragung ist ersichtlich, dass die Privatklinik Linde AG grundsätzlich eine positive Entwicklung bei den Qualitätsindikatoren der nationalen Patientenbefragung aufweisen kann. Dies deckt sich mit den zusätzlichen Auswertungen der Befragungen im ambulanten Bereich und mit den regelmässigen Auswertungen der MECON Befragungen der Patientinnen und Patienten.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH
---------------------	---

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Ambulanter Bereich Radiologie

Im ambulanten Bereich "Radiologie" wird jährlich die Patientenzufriedenheit erhoben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat Februar durchgeführt.

In der im Februar dieses Jahres durchgeführte Umfrage wurden 800 Patientinnen und Patienten befragt.

Die Rücklaufquote betrug 48.25 % (386 Antworten). Es wurden Fragen zur Erreichbarkeit, zum Anmeldeprozess, zu den Auswertungsergebnissen bzw. zur Verfügbarkeit der Resultate, zur Geschwindigkeit für die Befundung, zur Bildqualität sowie zur Dokumentation gestellt.

Die befragten Personen haben den radiologischen Bereich mit einer Gesamtzufriedenheitsrate von 99.31 % für sehr gut befunden.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.2.2 Stationären Bereich

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten das Klinik und die Betreuung empfunden haben. Dies ermöglicht es der Privatklinik Linde, wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

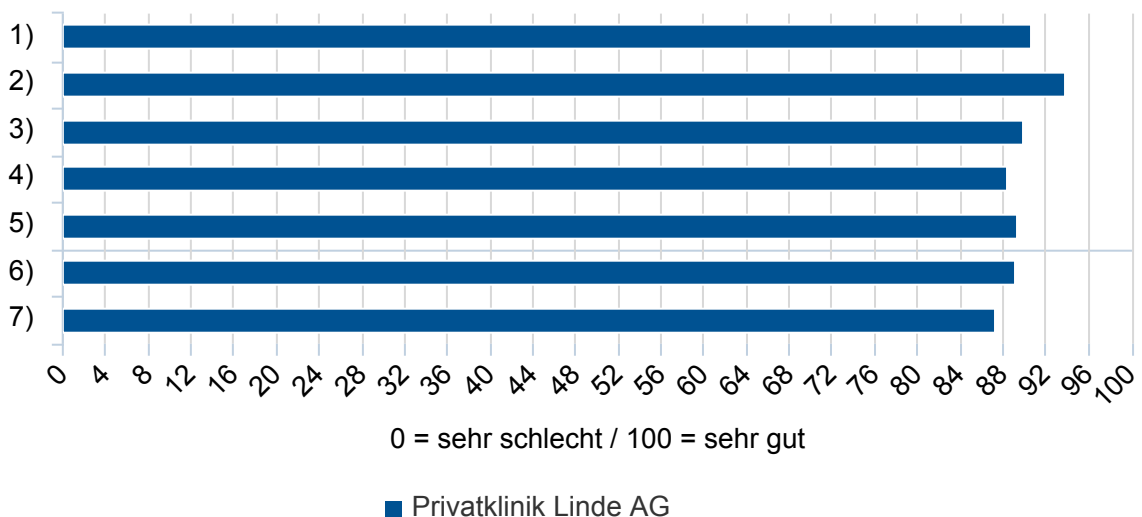
Ganze Klinik

Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserer Klinik hatten (schriftliche Befragung kurz nach dem Austritt). Kinder wurden nicht befragt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Privatklinik Linde AG	90.70	93.90	89.90	88.40	89.30

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Privatklinik Linde AG	89.10	87.30	831	73.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Privatklinik Linde AG

Beschwerdemanagement (Verantwortliche
QM)

Ruth Plüss

Verantwortlicher Qualitätsmanagement

032 366 42 72

ruth.pluess@kliniklinde.ch

Erreichbar: Montag - Mittwoch während der
Bürozeiten

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung 2016

Das Ziel der Befragung war die Zufriedenheit der Mitarbeitenden pro Abteilung zu erheben. Es wurden 22 Fragen unter anderem zu folgenden Themen gestellt: Vorgesetzter, Zusammenarbeit generell, Wertschätzung, Mitgestaltungsmöglichkeit, Resignation, Leitbild etc.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat September durchgeführt.

Die Mitarbeitenden der ganzen Klinik wurden befragt.

Die Mitarbeiterbefragung erfolgt im 2-Jahres Turnus. Die nächste Befragung ist für das Jahr 2018 geplant.

Die Ergebnisse aus den einzelnen Abteilungen werden vom HRM zu einem Gesamtbild zusammengefügt, und die Geschäftsleitung definiert anschliessend die zu ergreifenden Massnahmen auf Stufe Gesamtunternehmen. Das System der Umfrage erlaubt zusätzlich eine differenzierte Analyse der Ergebnisse pro Abteilung, womit auch Massnahmen ergriffen werden können, welche nur einzelne Abteilungen betreffen.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Benchmark

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 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 wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). 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

Leider verfügen wir nicht über die Werte des Jahres 2015, weshalb wir zum aktuellen Zeitpunkt auf eine Publikation der Ergebnisse verzichten.

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

10 Operationen

10.1 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 wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

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

Leider verfügen wir nicht über die Werte des Jahres 2015, weshalb wir zum aktuellen Zeitpunkt auf eine Publikation der Ergebnisse verzichten.

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

11 Infektionen

11.1 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 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-chirurgische Eingriffe) 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)
▪ Gebärmutterentfernungen (abdominal)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
Privatklinik Linde AG						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	36	0	0.00%	0.00%	1.30%	0.00% (0.00% - 9.70%)
Gebärmutterentfernungen (abdominal)	86	1	0.00%	0.00%	0.00%	2.80% (0.00% - 6.30%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
Privatklinik Linde AG						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	71	0	-	-	-	0.00% (0.00% - 5.10%)

* 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.

12 Stürze

12.1 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. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2013	2014	2015	2016
Privatklinik Linde AG				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	0	0	2	3
In Prozent	0.00%	0.00%	3.25%	5.10%

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse 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.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

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. 	
Privatklinik Linde AG			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	59	Anteil in Prozent (Antwortrate)	79.70%

13 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.

13.1 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. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

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

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Privatklinik Linde AG						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	0	1	0	3	5.10%
	Abweichung vom gewünschten Ergebnis*				-1.2	-
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	2	3.40%

* Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

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 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

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. 	
Privatlinik Linde AG			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	59	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	79.70%

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Vorschlagswesen

Das Vorschlagswesen soll die Mitarbeitenden anregen, über die Möglichkeiten einer Verbesserung der Arbeitsvorgänge, der Prozesse, der Einsparung von Kosten sowie der Zusammenarbeit in der Klinik zu reflektieren und Verbesserungen als Vorschläge einzubringen.

18.1.2 CIRS

Durch transparente Information unter Gewährung der Anonymität wird das Fehlererfassungstool CIRS zur Verbesserung der medizinischen Prozesse eingesetzt.

18.1.3 Beschwerdemanagement

Durch die systematische Behandlung der Beschwerden und der situativen Behandlung der Abweichungen sollen die Prozesse laufend verbessert werden.

18.1.4 Anmeldeprozess

Das Projekt Anmeldeprozess umfasst das gesamte Spektrum des Patientenpfades für den Spitaleintritt. Das Projekt soll redundante Dateneingaben, fehlende Informationen und Fehlinformationen aufzeigen mit dem Ziel entsprechende Anpassungen beim Prozess vorzunehmen.

18.1.5 DMS Projekt

Die Dateien von Patienten werden in den System KIS, RIS, LIS und PACS dezentral geführt. Die Vernetzung dieser Daten ist nur mit zusätzlichen Massnahmen möglich. Durch ein Data Management System sollen die Daten für alle Kliniksysteme zentral zur Verfügung stehen.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Masterplan- Investitionen in die Zukunft

Die Klinik hat im Jahr 2016 grosse Teile des Masterplanes umgesetzt und die Infrastruktur auf den neuesten Stand gebracht.

Der Erweiterungsbau wird planmässig realisiert, so dass die Eröffnung im Frühjahr 2017 nichts im Wege steht.

Wie der Nordanbau wird auch das erweiterte Parking im Frühjahr 2017 in Betrieb genommen.

18.2.2 Operationssaal 4

In den Sommermonaten wurde der Operationssaal 4 so umgebaut, dass neu jegliche an der Linde angebotenen Operationen dort durchgeführt werden können.

Insgesamt verfügt die Klinik nun über vier Operationssäle der Kategorie 1a, zwei Operationssäle der Kategorie 2 sowie einen Augen-Operationssaal (Kategorie 1a).

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2015

Die ISO Zertifizierung wird gegenwärtig nach dem Standard ISO 9001:2008 durchgeführt. Es ist geplant, die Klinik nach dem neuen Standard ISO 9001:2015 auditieren zu lassen.

18.3.2 ISO 13485:2016

Die ISO Zertifizierung wird gegenwärtig nach dem Standard ISO13485:2003 durchgeführt. Es ist geplant, die Zentralsterilisation nach dem neuen Standard ISO 13485:2016 auditieren zu lassen.

18.3.3 EFQM

Der kontinuierliche Verbesserungsprozess wird durch die EFQM-Logik unterstützt und in regelmässigen Assessment überprüft. Im 2017 werden wir ein Selfassessment durchführen. Im Mai 2018 findet das nächste Assessment statt. Unser Ziel ist die Aufrechterhaltung unserer 4 Sterne.

19 Schlusswort und Ausblick

Im Jahr 2017 werden wir uns auf das EFQM-Assessment 2018 und auf die Rezertifizierung nach der Norm ISO 9001 : 2015 vorbereiten.

In der Zentralsterilisation werden wir das Augenmerk auf die Rezertifizierung nach ISO 13485 : 2003 richten. Nach dem Umbau der Zentralsterilisation streben wir eine Zertifizierung nach der neuen Norm 13485 : 2016 an.

Unsere Qualitätspolitik ist ausgerichtet auf die Erfüllung der ISO-Normen und der EFQM-Standards. Den Outcome messen wir nach den ANQ-Kriterien. Aus den dadurch vorliegenden Ergebnissen leiten wir allfällig notwendige Massnahmen ein.

Folgende Zufriedenheitsbefragungen stehen 2017 an: Patientenzufriedenheit stationär, Patientenzufriedenheit im Notfall, Patientenzufriedenheit in der Physiotherapie und in der Radiologie sowie Belegarztbefragung. Im Weiteren sind Zuweiserbefragungen in der Physiotherapie und in der Radiologie geplant.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

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

Angeborene 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 chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
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
Grosse Lebereingriffe
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe

Interventionen intraabdominale Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Mediastinaleingriffe
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
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)
Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und >= 2000g)
Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und >= 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (Level III)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie

Bemerkungen

Für die Privatklinik Linde AG gilt die Spitalliste 2014 der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.

Bei der Radiologie wird folgendes stationäres Angebot erbracht:
(Angio (PTA), Nuk (Sentinel), MR, CT, Konventionelle Radiologie, Mammographie)

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.

Weitere Gremien



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



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



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**).