

HIRSLANDEN

KLINIK STEPHANSHORN



Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2017
Andrea Rütsche, Direktorin

Version 2

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 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

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 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](#)) hnlich 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 Grsse



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 Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	13
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	14
4.5 Registerübersicht	15
4.6 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	17
Befragungen	18
5 Patientenzufriedenheit	18
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	18
5.2 Beschwerdemanagement	18
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	19
7.1 Eigene Befragung	19
7.1.1 Gallup-Befragung	19
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	20
9 Wiedereintritte	20
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	20
10 Operationen	21
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	21
11 Infektionen	22
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	22
12 Stürze	24
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	24
13 Wundliegen	25
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	25
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen keine Messung vorhanden	
15 Psychische Symptombelastung keine Messung vorhanden	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand keine Messung vorhanden	
17 Weitere Qualitätsmessungen	27
17.1 Weitere eigene Messungen	27

17.1.1	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	27
17.1.2	Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)	28
17.1.3	Device assoziierte Katheter	29
18	Projekte im Detail	30
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	30
18.1.1	Vorbereitung auf ein einheitliches Projektmanagementsystem (PMS)	30
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	30
18.2.1	Vereinheitlichung des Pflegeprozesses	30
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	31
18.3.1	ISO 9001:2015	31
19	Schlusswort und Ausblick	32
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		33
Akutsomatik		33
Anhang 2		
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 2016:

01.2016 Modernisierung der Radiologie

02.2016 Labor-Renovation -> Eröffnung unter Labor Risch

06.2016 Inbetriebnahme des roboterbasierte Röntgensystems mit 3D-Aufnahmemöglichkeiten

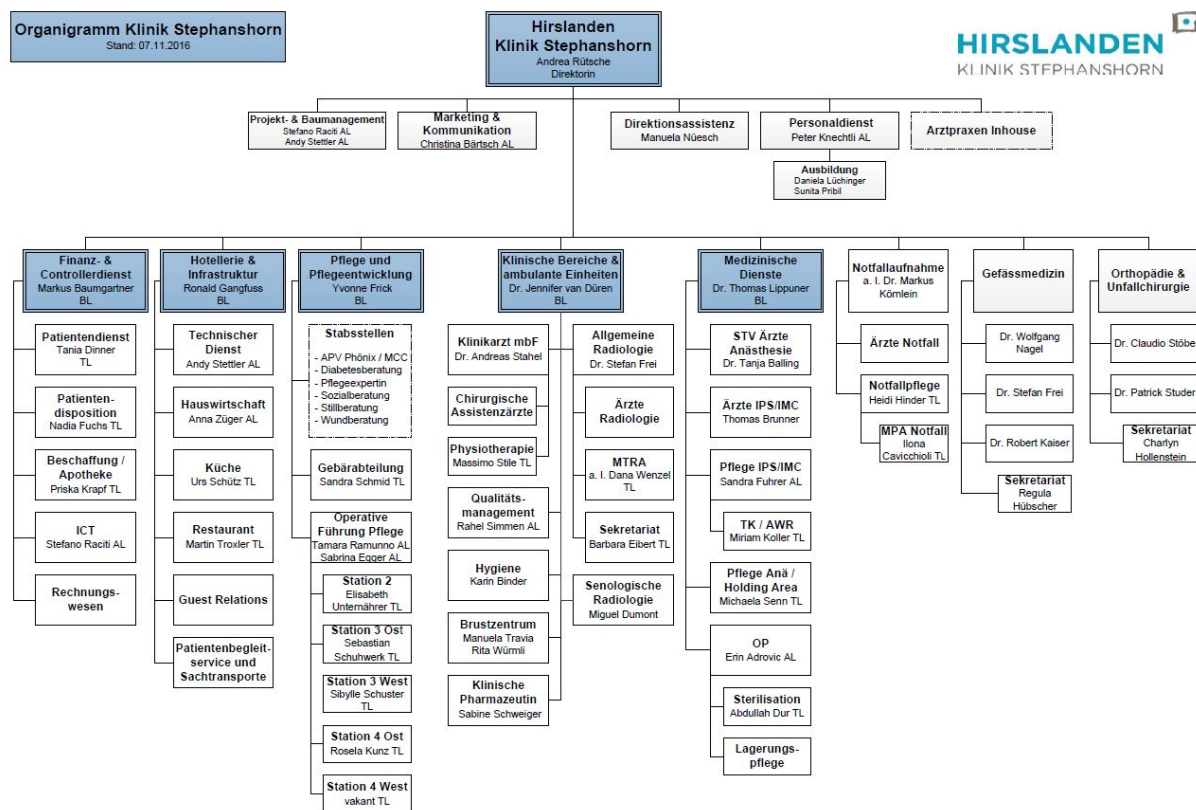
07.2016 Anbau OP-Container mit 2 OP-Sälen

08.2016 Modernisierung Tagesklinik

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **180** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

Dr. Jennifer van Dören
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 2016

Patientensicherheit - Fokus Medikamentensicherheit

Als Schwerpunkt im Berichtsjahr fokussierten wir uns in der Klinik Stephanshorn auf das Thema Medikamentenmanagement. Es fanden diverse Anlässe / Veranstaltungen dazu statt. So wurden Weiterbildungen für alle Mitarbeitenden, welche mit Medikamenten arbeiten, angeboten. Diese wurden von zahlreichen Mitarbeitenden besucht.

Der nationale Tag der Patientensicherheit wurde genutzt, um das Thema erneut aufzugreifen und sowohl Patienten, Besucher, aber auch Mitarbeitende und Ärzte auf das Thema Medikamentensicherheit zu sensibilisieren.

Prozessvereinheitlichung "Pflege und Betreuung"

Vier Bereiche / Abteilungen konnten zu einem Prozess zusammengefügt werden. Diverse Schnittstellen konnten durch die gemeinsame Erarbeitung eines neuen Prozesses angesprochen und optimiert werden. Die Doppelspurigkeiten von Anleitungen / Richtlinien etc. konnten minimiert werden und alle Mitarbeitenden rund um die Bereiche "Pflege und Betreuung" arbeiten nun nach denselben Vorgaben.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

Patientensicherheit - Fokus Medikamentensicherheit 6R-Regel

Eine Sensibilisierung konnte stattfinden. Das Thema Medikamentensicherheit ist stets präsent und wird regelmässig besprochen.

Hilfsmittel, um mögliche Fehler rund um das Thema Medikamente zu verringern, sind im vergangenen Jahr auch dank CIRS-Meldungen entstanden. Das Thema wird weiterhin präsent bleiben und neue Ideen werden laufend aufgenommen.

Prozessvereinheitlichung "Pflege und Betreuung"

Der Prozess konnte erstellt werden und alle Mitarbeitenden arbeiten damit. Nach anfänglicher Neuorientierung für die Mitarbeitenden finden sich nun alle im Prozess zurecht und finden die für sie relevanten Dokumente.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

ISO 9001:2015

Im 2018 steht die Zertifizierung nach der neuen ISO-Norm an. Die Vorbereitungen darauf werden im Kalenderjahr 2017 laufen und interne Audits werden die Auseinandersetzung mit den eigenen Stärken und Schwächen unterstützen.

Patientensicherheit

Das Thema Patientensicherheit ist nicht mehr wegzudenken. Das Konzept der Hirsländengruppe umfasst einige Themen dazu, an welchen kontinuierlich weitergearbeitet wird. Folgende Schwerpunkte beinhaltet das Konzept:

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

Vorbereitung für das gruppenweite Projekt "Einheitliches Prozessmanagement"

Umdenken, Schulen und Vorbereiten für das zukünftige, einheitliche Prozessmanagement, welches die gesamte Hirsländengruppe prozessual weiterbringen wird.

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
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Gallup-Befragung

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
▪ Stürze (andere als mit der Methode LPZ) ▪ Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ) ▪ Device assoziierte Katheter

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Vorbereitung auf die ISO-Norm 9001:2015

Ziel	Erreichung der neuen ISO Norm in der Re-Zertifizierung im Februar 2018
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik mit dem Lead im Qualitätsmanagement
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Sommer - Winter 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Patientensicherheit

Ziel	Konzeptumsetzung und weitere Steigerung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche, welche mit Patienten arbeiten
Projekte: Laufzeit (von...bis)	gesamtes Jahr
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Das Thema Patientensicherheit beinhaltet viele Unterkonzepte. Jährlich wird mind. ein Schwerpunkt definiert, um im Bereich Patientensicherheit konstant ein hohes Niveau halten zu können.

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 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.

Es 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.

Regelmässig finden Refresher rund um das Thema CIRS in einzelnen Teams statt.

Die CIRS-Verantwortlichen der Klinik treffen sich mindestens viermal jährlich, um sich auszutauschen, Fälle zu besprechen oder Neuerungen einzubringen.

Der hirslandenweit vorgegebene Zielwert, 3% CIRS-Meldungen (Anzahl Fälle in Bezug auf die Patientenzahlen) konnte im Jahr 2016 erreicht werden.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2013 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse https://www.hirslanden.ch/global/de/startseite/ueber_uns/qualitaet/ergebnismessungen/initiative_qualitaetsmedizin.html abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Bemerkungen

In der Klinik Stephanshorn fand noch kein Peer Review statt, das Interesse dazu ist aber gross.

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	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	krebsliga-sg.ch	2009
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	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	gesamte Klinik	2012	2015	Im 2018 Wechsel auf die neue Norm 9001:2015
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	

Bemerkungen

Die Rezertifizierung für das Brustzentrum steht für das Jahr 2017 an.

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

Die adjustierten Mittelwerte der Ergebnisse 2016 stehen der Klinik noch nicht zur Verfügung, daher sind Kommentierungen zu den Ergebnissen noch nicht möglich.

Angaben zur Messung

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

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

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 Gallup-Befragung

In der gesamten Medi-Clinic und Hirslanden-Gruppe findet jährlich eine einheitliche Mitarbeiterbefragung statt, welche durch die Firma Gallup durchgeführt wurde. Die Klinik Stephanshorn nahm erstmals, wie alle anderen Schweizer Hirslanden-Kliniken, im November 2015 teil.

Nach den ersten Resultaten, welche im Frühling 2016 kommuniziert wurden, mussten Massnahmen in den einzelnen Teams ausgearbeitet und umgesetzt werden.

Mit den Ergebnissen der zweiten Befragung vom November 2016 wird es erstmals möglich sein, interne Vergleiche darzustellen und zu prüfen, ob erste Massnahmen bereits Wirkung zeigten.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.

Alle Mitarbeitenden der Klinik Stephanshorn wurden befragt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden gruppenweit verglichen und evaluiert und es wird auf eine detaillierte Veröffentlichung verzichtet.

Die Gallup-Befragung zielt auf den Bindungswert eines Mitarbeitenden im Unternehmen hin. Der Wert der Mitarbeitenden mit einer emotionaler Bindung ist im Vergleich zu der ersten Messung gestiegen, resp. der Wert der Mitarbeitenden ohne Bindung gesunken.

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

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.

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

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.

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)
- Magenbypassoperationen
- Rektumoperationen

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	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	44	6	0.00%	0.00%	10.70%	13.60% (5.20% - 27.40%)
Magenbypassoperationen	187	2	0.00%	0.00%	1.10%	1.10% (0.10% - 4.10%)
Rektumoperationen	9	0	0.00%	0.00%	11.10%	0.00% (0.00% - 33.60%)

* 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.

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
Hirslanden, Klinik Stephanshorn				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	0	0	0	1
In Prozent	0.00%	0.00%	0.00%	1.40%

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	▪ 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	▪ 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 2016	72	Anteil in Prozent (Antwortrate)	77.40%

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 (Punktprevalenz) 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		
Hirslanden, Klinik Stephanshorn						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	0	1	1	2	2.80%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	2	2.80%

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	▪ 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	▪ 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 2016	72	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	77.40%

17 Weitere Qualitätsmessungen

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Alle Stürze werden systematisch erfasst und ausgewertet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Alle Patienten in der Klinik, bei welchen sich ein Sturz ereignet hat

Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten:

2016: 88 Stürze (Basis Mitternachtszensus, Anteil 0.27%)

2015: 56 Stürze (bei 35239 Pflegetagen, Anteil von 0.16%)

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

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Wertung:

Die Anzahl der Stürze im Vergleich zu Vorjahren ist leicht angestiegen (genauere Datenerhebungsmethode seit 2016)

Sturzkonsequenzen zunehmend: 4x Röntgen ohne Folgeschäden, 6x Wundversorgung auf der Abteilung/IPS

Häufigster Risikofaktor (nicht beeinflussbar): der Gesundheitszustand des Patienten, verändertes Klientel, Zunahme internistische Patienten

Beeinflussbare Sturzrisiken: postoperativ nach PDA, Umgang mit Hilfsmittel und Installationen, unsicheres Schuhwerk

Massnahmen:

Die Sturzstatistik wird quartalsweise in der Fachgruppe Pflege besprochen und Massnahmen abgeleitet:

- Anschaffung von Bewegungs-Sensoren
- Anschaffung von sicheren WC-Aufsätzen
- Anschaffung von einem neuen Taurus Gehwagen
- Umsetzung des Delir-Konzepts zur Prävention von Delir

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	IQIP
Methode / Instrument	IQIP

17.1.2 Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)

Alle Dekubiti werden in der Klinik systematisch erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Alle Patienten in der Klinik, bei welchen ein Dekubiti entdeckt wurde.

Anzahl tatsächlicher Dekubiti:

2016: 49 Dekubiti (Anteil 0.15% auf Basis Mitternachtszensus) 0.12%)	davon 37 Spannungsblasen (Anteil 0.12%)
2015: 41 Dekubiti (bei 35239 Pflegetagen, Anteil von 0.12%) von 0.08%)	davon 27 Spannungsblasen (Anteil von 0.08%)
2014: 30 Dekubiti (bei 31353 Pflegetagen, Anteil von 0.09%) von 0.07%)	davon 22 Spannungsblasen (Anteil von 0.07%)
2013: 54 Dekubiti (bei 28162 Pflegetagen, Anteil von 0.19%) von 0.15%)	davon 41 Spannungsblasen (Anteil von 0.15%)

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Wertung:

Dekubitus im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen
Spannungsblasen weiterhin bestehend

Hauptursachen:

Postoperative Mefix- und Folienverbände → Rückmeldung an OP-Leitung erfolgt

Massnahmen:

Die Dekubitusstatistik wird quartalsweise in der Fachgruppe Pflege besprochen und Massnahmen abgeleitet
Wund-Workshop im 2017 geplant: 1 Schwerpunkt Spannungsblasen
Dekubitus-Erfassung ist ab 2017 in elektronischer Form → genauere Datenauswertung möglich

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	IQIP
Methode / Instrument	IQIP

17.1.3 Device assoziierte Katheter

Messung der Infektionen durch Katheter auf der Intensivstation

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 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 Device Katheter:

Device assoziierte Harnwegsinfekt: 0

Device assoziierte Sepsis: 2

Device assoziierte Pneumonie: 0

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Wertung der Ergebnisse:

Die Rate von 2 Infekten bei ZVK liegt über der 75. Perzentile, hier können jedoch keine Rückschlüsse gezogen werden, da die gesamt Device Tage gering ist.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Q1

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Vorbereitung auf ein einheitliches Projektmanagementsystem (PMS)

Projektbeschreibung:

In der Hirsländengruppe wird ein einheitliches Projektmanagement angestrebt. Dies bedeutet, dass Prozesse, welche bis heute in den Kliniken verankert waren, zu Standard-Prozessen werden können. Gleichzeitig muss ein Abgleich erfolgen, welche Prozesse weiterhin klinikeigene sein werden. Gleichzeitig wird das neue PMS in einem neuen Tool erstellt, was eine zusätzliche Umstellung bedeutet.

Projektziel:

Ein einheitliches Prozessmanagement zu erreichen mit standardisierten Prozessen, welche zentral gesteuert und gepflegt werden können.

Der Aufwand zur Pflege des klinikeigenen Prozessmanagementsystems wird verringert.

Projektablauf:

- Vorarbeiten, um ein aktuelles bisheriges Projektmanagementsystem inhouse sicherstellen zu können.
- Interne Audits mit Schwerpunktthemen
- Gap-Analyse zwischen den neuen Standardprozessen und den eigenen Prozessen
- Neugestaltung der Prozesse im neuen Prozessmanagement-Tool.
- Schulung der Mitarbeitenden

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Vereinheitlichung des Pflegeprozesses

Das Ziel, mit der Vereinheitlichung des Pflegeprozesses über alle Pflegeabteilungen einen Mehrwert zu schaffen, konnte erreicht werden.

Durch das Erarbeiten des neuen Prozesses konnten Doppelspurigkeiten entdeckt und eliminiert werden.

Ebenfalls konnte der administrative Aufwand für die Pflege des Prozesses reduziert werden.

Für Mitarbeitende ist der Pflegeprozess eine Einheit geworden und in Situationen des gegenseitigen Aushelfens auf den Abteilungen ein grosser Vorteil, da alle mit denselben Vorgaben arbeiten.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2015

Projektbeschreibung:

Im Februar 2018 findet die erste ISO-Zertifizierung nach der neuen Norm statt. Vorbereitend wird eine Analyse gemacht, was neue Punkte der Norm sind und was neu integriert werden muss.

Ziel:

Mittels interner Audits gut vorbereitet auf die neue ISO-Norm zu sein.

Zeitlicher Rahmen:

2. Jahreshälfte 2017

Involvierte Berufsgruppen:

Prozesseigner aller Abteilungen, in Begleitung durch das Qualitätsmanagement

19 Schlusswort und Ausblick

Das Thema Patientensicherheit wird in der Klinik Stephanshorn weiter stark gewichtet. Daraus entstehen regelmässig neue Ideen seitens der Mitarbeitenden und der Führungspersonen, welche im Sinne der Patientensicherheit umgesetzt werden.

Im kommenden Jahr wird das Schwerpunktthema "korrekte Patientenidentifikation" sein.

Auf diese, wie aber auch weitere Herausforderungen, sind wir gespannt und freuen uns, stets Projekte und Ideen angehen zu können, um die Qualität in der Klinik weiterhin hochhalten zu können.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen 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
Spezialisierte Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Lebereingriffe
Oesophaguschirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe

Interventionen intraabdominale Gefäße
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
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 $\geq 1250g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
Neonatalogie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
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.

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.patientsicherheit.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**).