

HIRSLANDEN



ANDREASKLINIK

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

26.06.2017
Urs, Karli, Direktor

Version 1

Hirslanden Andreasklinik Cham Zug

www.hirslanden.ch/andreasklinik



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 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
Carla, Bundi
Qualitätsmanagerin
0417840785
carla.bundi@hirslanden.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 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	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	8
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	9
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	9
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	11
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	12
4.5 Registerübersicht	12
4.6 Zertifizierungsübersicht	13
QUALITÄTSMESSUNGEN	14
Befragungen	15
5 Patientenzufriedenheit	15
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	15
5.2 Eigene Befragung	16
5.2.1 Erweiterte ANQ-Patientenbefragung (HCAHPS)	16
5.2.2 Laufende stationäre Patientenbefragung InfoWiz	17
5.3 Beschwerdemanagement	17
6 Angehörigenzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	18
7.1 Eigene Befragung	18
7.1.1 your voice Mitarbeiterzufriedenheit	18
8 Zuweiserzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	19
9 Wiedereintritte	19
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	19
9.2 Eigene Messung	20
9.2.1 IQIP Indikator 7.1 Ungeplante Wiederaufnahme in die stationäre Akutversorgung	20
10 Operationen	21
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	21
10.2 Eigene Messung	22
10.2.1 IQIP Indikator 10.1 Ungeplante Rückkehr stationärer Patienten in den OP	22
11 Infektionen	23
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	23
12 Stürze	24
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	24
12.2 Eigene Messung	25
12.2.1 IQIP Indikator 13.1 Dokumentierte Stürze	25
13 Wundliegen	26
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	26

13.2	Eigene Messungen	27
13.2.1	IQIP Indikator 15.15 Dekubitus bei stationären Akutpatienten.....	27
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
15	Psychische Symptombelastung	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
17	Weitere Qualitätsmessung	28
17.1	Weitere eigene Messung	28
17.1.1	Händehygiene compliance.....	28
18	Projekte im Detail	29
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	29
18.1.1	ISO 9001:2015	29
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	29
18.2.1	CIRS Prozessoptimierung.....	29
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	29
18.3.1	ISO 9001:2008	29
18.3.2	Brustzentrum.....	29
19	Schlusswort und Ausblick	30
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		31
Akutsomatik		31
Anhang 2		
Herausgeber		33

1 Einleitung

Die AndreasKlinik gehört seit 2001 zur Privatklinikgruppe Hirslanden und befindet sich im Zentrum von Cham in einer sehr ruhigen Umgebung. Dank ihrer unverwechselbaren Architektur und Einrichtung strahlt die Klinik eine komfortable Hotel-Atmosphäre aus. Über 70 Beleg- und Konsiliarärzte aus verschiedenen Fachgebieten nutzen die moderne Infrastruktur der Klinik für ihre Patienten. Mit 56 Betten hat die AndreasKlinik eine überschaubare Grösse, so dass Patienten und Gäste immer persönlich betreut werden und gut aufgehoben sind. Über 270 Mitarbeitende sorgen für einen reibungslosen Ablauf.

Die AndreasKlinik wird durch einen Direktor geführt. Er wird durch das Managementteam unterstützt, welches neben dem Direktor aus vier Bereichsleitungen besteht. Das Managementteam sowie die Abteilungsleitenden bilden das Kader der Klinik. Teamleiter haben definierte Führungsaufgaben, gehören jedoch nicht zum Kader. Die Aufbauorganisation wird kontinuierlich der Entwicklung der strategischen Ausrichtung der Klinik angepasst.

Die Erstzertifizierung der AndreasKlinik fand im Jahr 2002 nach International Organization for Standardization (ISO)-Norm 9001:2000 statt. Die Rezertifizierungen 2005, 2009, 2012 und 2015 (9001:2008) wurden erfolgreich absolviert. In den Zwischenjahren wurden ebenfalls sämtliche Aufrechterhaltungsaudits erfolgreich durchlaufen. 2013 erfolgte die EFQM-Zertifizierung R4E 3*. Alle wesentlichen Abläufe der Klinik sind als Prozesse definiert, werden regelmässig auditiert und laufend den aktuellen Gegebenheiten angepasst. Sämtliche Prozesse sowie deren Hilfsdokumente sind für alle Mitarbeitenden zugänglich im elektronischen Managementsystem IMS hinterlegt.

Die AndreasKlinik steht allen Patienten mit entsprechender Versicherung offen. Das medizinische Leistungsangebot umfasst das gesamte Spektrum der Chirurgie (ohne spezialchirurgische Bereiche wie Herzchirurgie) sowie der Inneren Medizin. Die Schwerpunkte liegen in den Bereichen Gynäkologie & Geburtshilfe, Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie. Die attraktive Klinik bietet den Patienten viel Komfort und eine angenehme Ambiance.

Die AndreasKlinik verfügt über vier Operationssäle, zwei Überwachungsstationen mit entsprechenden Überwachungs- und Behandlungseinrichtungen (Intermediate Care Station und Aufwachraum) sowie einer Tagesklinik. Zu jeder Tages- und Nachtzeit ist in der Klinik ein Anästhesiefacharzt anwesend. Ausserdem sind die behandelnden Ärzte oder deren Stellvertreter bei Bedarf jederzeit durch die Klinik erreichbar. Die Bettenstationen und die Intermediate Care Station sind durchgehend in Betrieb und rund um die Uhr hat eine Operations- und Anästhesie-Equipe Bereitschaftsdienst. Somit ist die medizinische Versorgung auch in Notfallsituationen jederzeit sichergestellt. Der AndreasKlinik sind ausserdem Zentren und Institute angegliedert, in denen die Fachärzte verschiedener Subspezialitäten eng und interdisziplinär zusammenarbeiten.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

- Qualitätsverantwortlicher - Dr. Urs Karli (Direktor)
- Qualitätsbeauftragter - Michael Handwerker (Bereichsleitung Klinische Bereiche)
- Qualitätsleitung - Carla Bundi (Qualitätsmanagerin)
- Mitglied Qualitätskommission - Markus Absmeier (Bereichsleitung Finanzen)
- Mitglied Qualitätskommission - Wolfram Beduhn (Bereichsleitung Hotellerie)
- Mitglied Qualitätskommission - Yvonne Hubeli (Bereichsleitung Pflegedienst)
- Materiovigilanzverantwortlicher - Urs Polli (Leiter Unternehmensentwicklung/Infrastruktur und SiBe)
- Pharmakovigilanzverantwortliche - Ricarda Luzio (Co-Leitung Pharmazeutische Bereiche Hirslandenlinik St. Anna)
- Hämovigilanzverantwortliche - Dr. Alexandra Kraft Lopreno (Anästhesieärztin)

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:
Linienfunktion Klinische Bereiche

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Dr. Urs Karli
Direktor, Qualitätsverantwortlicher
Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug
041 784 09 84
urs.karli@hirslanden.ch

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

3 Qualitätsstrategie

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

- ISO-Aufrechterhaltung nach 9001:2008
- Umsetzung Patientensicherheitskonzept
- Vertiefung Risikomanagement

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

- Aufrechterhaltung ISO-Zertifizierung nach 9001:2008
- Optimierung und Vereinfachung CIRS-Prozess
- Umsetzung Konzept Safe Surgery Saves Lives
- Umsetzung Konzept Arzneimittelmanagement

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- ISO-Zertifizierung nach 9001:2015
- Implementierung Materiovigilanzkonzept
- Zertifizierung Brustzentrum Aarau Cham
- Implementierung Arbeitsgruppe Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

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
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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"> ▪ Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erweiterte ANQ-Patientenbefragung (HCAHPS) ▪ Laufende stationäre Patientenbefragung InfoWiz
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ your voice Mitarbeiterzufriedenheit
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQIP Indikator 7.1 Ungeplante Wiederaufnahme in die stationäre Akutversorgung
<i>Operationen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQIP Indikator 10.1 Ungeplante Rückkehr stationärer Patienten in den OP
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQIP Indikator 13.1 Dokumentierte Stürze
<i>Wundliegen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQIP Indikator 15.15 Dekubitus bei stationären Akutpatienten
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Händehygiene compliance

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Brustzentrum Aarau Cham

Ziel	Zertifizierung nach SGS/Krebsliga
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinische Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015-2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Belegärzte, Breast Care Nurses, Patientendisposition, Projektleiter und Klinischer Leiter

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2010 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

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

Bemerkungen

Durch Schulungen, Infoveranstaltungen für neue Mitarbeitende sowie den zweimal jährlich erscheinenden CIRS-Newsletter ist CIRS bei den Mitarbeitenden stets ein präsent Thema. Die CIRS-Meldungen werden automatisch einem Meldekreisverantwortlichen sowie zusätzlich einer Koordinationsstelle zugeteilt. Die Koordinationsstelle übernimmt/organisiert die Bearbeitung der Fälle bei Abwesenheit des betreffenden Meldekreisverantwortlichen. So können CIRS-Fälle noch schneller bearbeitet und wo notwendig entsprechende Sofortmassnahmen eingeleitet werden.

Es wird unterschieden zwischen CIRS-Fälle (unerwünschtes Ereignis, welches ohne korrigierende Intervention zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit des Patienten/Mitarbeiter/Besucher hätte führen können) und Events (Schädigung des Patienten ist eingetreten). Events ziehen automatisch eine systematische Fehleranalyse nach dem London Protokoll nach sich.

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.initiative-qualitaetsmedizin.de/qr/applet/7908b59b1265bc4a3f12fdb6c9f97f3e2ea685c/> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

4.5 Registerübersicht

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

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

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

4.6 Zertifizierungsübersicht

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

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). 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

Gemäss aktuellem Zeitplan des ANQ's werden die **adjustierten Mittelwerte** erst im Herbst 2017 zur Verfügung stehen. Die prozentuale Antwortverteilung konnte bereits generiert werden und dabei schnitt die AndreasKlinik in allen Fragen sehr gut ab.

Angaben zur Messung

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

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Erweiterte ANQ-Patientenbefragung (HCAHPS)

Die Befragung des ANQ beschränkt sich auf wenige Fragen und ergibt daher nur ein globales Bild der Patientenzufriedenheit. Zudem erreichen jeweils fast alle Spitäler in der Schweiz sehr gute Werte. Diese geringe Differenzierung mindert die Aussagekraft der Resultate. Aus diesem Grund wurde die ANQ-Befragung der Patientenzufriedenheit von Hirslanden um Zusatzfragen aus der Umfrage HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) erweitert. HCAHPS ist die erste veröffentlichte Erhebung der Patientenzufriedenheit in Spitälern der USA, die landesweit und standardisiert durchgeführt wurde. Die Fragen von HCAHPS erlauben qualitative Antworten und geben damit ein differenziertes Bild der Patientenzufriedenheit ab.

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat September durchgeführt. Die Befragung umfasste alle Bereiche der Klinik.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die detaillierten Fragen und Antworten inklusive Benchmark können ausschnittsweise dem klinikeigenen Qualitätsbericht respektive dem Qualitätsbericht der Hirslandengruppe entnommen werden.

5.2.2 Laufende stationäre Patientenbefragung InfoWiz

Stationäre Patienten werden mit einem internen Feedbackbogen, welcher bei Klinikeintritt abgegeben wird, anonym nach ihrer Zufriedenheit befragt. Die Auswertungen werden zweiwöchentlich dem Kader und quartalsweise allen Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt. Der Feedbackbogen umfasst 26 geschlossene Fragen in sechs verschiedenen Kategorien. Zusätzlich haben die Patienten die Möglichkeit mittels offener Fragen ihre positiven und negativen Eindrücke zu schildern.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die Befragung umfasst die Bereiche Eintritt, Essen, Cafeteria, OP/Aufwachraum, Pflege sowie Zimmer/Infrastruktur.

Befragt wurden alle stationären, erwachsenen Patienten, die während des Kalenderjahres 2016 in die Klinik eingetreten sind. Die Teilnahme war freiwillig und konnte auch anonym erfolgen.

Zufriedenheit 2016 bei 1460 retournierten Feedbackbogen und einer Notenskala von 6 (sehr gut) bis 1 (sehr schlecht):

- Gesamtzufriedenheit Klinik: 5.5
- Zufriedenheit Eintritt: 5.7
- Zufriedenheit Essen: 5.4
- Zufriedenheit Cafeteria: 5.5
- Zufriedenheit Operationssaal/Aufwachraum: 5.8
- Zufriedenheit Pflege: 5.6
- Zufriedenheit Zimmer/Infrastruktur: 5.4

Die Weiterempfehlungsrates der Klinik lag 2016 bei 96.2% und 95.8% der Patienten würden ihren behandelnden Belegarzt weiter empfehlen.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Zufriedenheit konnte dank permanenter Prozess- und Ablaufanalysen sowie der Umsetzung der daraus resultierenden Verbesserungsmassnahmen, erneut auf hohem Niveau gehalten werden.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Infonautics
Methode / Instrument	InfoWiz

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug

Direktionssekretariat

Anita Odermatt

Mitarbeiterin Direktionssekretariat / Marketing

041 784 09 01

anita.odermatt@hirslanden.ch

Mo – Fr, 08.00 - 12.00 und 13.00 – 17.00 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 your voice Mitarbeiterzufriedenheit

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

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.
Die Befragung wurde in allen Abteilungen durchgeführt.
Alle Mitarbeitenden der Klinik wurden befragt.

29 Aussagen wurden auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme vollständig zu) eingeschätzt. An der Befragung teilgenommen haben 177 Mitarbeitende. Dies entspricht einer Beteiligungsquote von 65%. Bei den 13 Kernfragen der Mitarbeiterbefragung ergab sich ein Gesamtdurchschnittswert von 3.95 (Vorjahr 9.93). Die Befragung wird im November 2017 erneut durchgeführt.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse werden im Rahmen von Massnahmenworkshops in den einzelnen Bereichen, Abteilungen und Teams thematisiert und analysiert. Die Massnahmen aus den Workshops werden durch die Champions und Manager im Online-Tool erfasst und laufend auf ihren Umsetzungsstatus hin überwacht.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Gallup
Methode / Instrument	Onlinefragebogen

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

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

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

Bemerkungen

Die AndreasKlinik misst die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit IQIP.

9.2 Eigene Messung

9.2.1 IQIP Indikator 7.1 Ungeplante Wiederaufnahme in die stationäre Akutversorgung

Das International Quality Indicator Project (IQIP) dient Gesundheitsorganisationen als Instrument für die Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verbesserung der klinischen und pflegerischen Versorgungsleistung. Die Andreasklinik verwendet dieses Instrument der Ergebnisqualitätsmessung mit dem Ziel, die Kernprozesse der Pflege und Medizin strukturiert auf Verbesserungspotentiale überprüfen zu können.

Für die Berechnung der Rehospitalisationsrate wird der prozentuale Anteil der *Anzahl der ungeplanten Wiederaufnahmen in die stationäre Akutversorgung auf Grund von gleichen oder zusammenhängenden Beschwerden innerhalb von 15 Tagen nach Austritt* zu der *Anzahl der Entlassungen aus der stationären Akutversorgung* ermittelt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die Messung wurde über alle Abteilungen durchgeführt.

Es werden sämtliche stationären Fälle für die Messung berücksichtigt.

Rehospitalisationsrate 2016: 1.23% (Vorjahr 1.06%)

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Hirslanden intern
Methode / Instrument	Indikatorenerhebung

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

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

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

Bemerkungen

Die AndreasKlinik misst die potentiell vermeidbaren Reoperationen mit IQIP.

10.2 Eigene Messung

10.2.1 IQIP Indikator 10.1 Ungeplante Rückkehr stationärer Patienten in den OP

Das International Quality Indicator Project (IQIP) dient Gesundheitsorganisationen als Instrument für die Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verbesserung der klinischen und pflegerischen Versorgungsleistung. Die Andreasklinik verwendet dieses Instrument der Ergebnisqualitätsmessung mit dem Ziel, die Kernprozesse der Pflege und Medizin strukturiert auf Verbesserungspotentiale überprüfen zu können.

Für die Berechnung der Reoperationsrate wird der prozentuale Anteil der *Anzahl der ungeplanten Rückverlegungen stationärer Patienten in den OP* zu der *Anzahl der Verlegungen stationärer Patienten in den OP* ermittelt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Die Messung wurde über alle Abteilungen durchgeführt.
Es werden sämtliche stationären Fälle für die Messung berücksichtigt.

Reoperationsrate 2016: 1.15% (Vorjahr 1.16%)

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Hirslanden intern
Methode / Instrument	Indikatorenerhebung

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)
▪ Wirbelsäulenchirurgie
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Swissnoso

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 AndreasKlinik Cham Zug				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	5	3	2	0
In Prozent	12.50%	7.00%	4.40%	0.00%

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Alle 40 am Stichtag befragten Patienten sind nicht gestürzt – auch nicht vor dem Klinikaufenthalt.

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. 	
Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	40	Anteil in Prozent (Antwortrate)	100.00%

12.2 Eigene Messung

12.2.1 IQIP Indikator 13.1 Dokumentierte Stürze

Das International Quality Indicator Project (IQIP) dient Gesundheitsorganisationen als Instrument für die Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verbesserung der klinischen und pflegerischen Versorgungsleistung. Die AndreasKlinik verwendet dieses Instrument der Ergebnisqualitätsmessung mit dem Ziel, die Kernprozesse der Pflege und Medizin strukturiert auf Verbesserungspotentiale überprüfen zu können.

Für die Berechnung der Sturzrate wird der Anteil der *Anzahl dokumentierter Stürze pro 1000 Patiententage* ermittelt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Die Messung wurde über alle Abteilungen durchgeführt.
Es werden sämtliche stationären Fälle für die Messung berücksichtigt.

Sturzrate 2016: 1.6‰ (Vorjahr 1.1‰)

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Hirslanden intern
Methode / Instrument	Indikatorenerhebung

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		
Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	0	0	0	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	0	0	0	0.00%

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Bei keinem der 40 untersuchten Patienten konnte ein Dekubitus festgestellt werden.

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. 	
Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	40	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	100.00%

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 IQIP Indikator 15.15 Dekubitus bei stationären Akutpatienten

Das International Quality Indicator Project (IQIP) dient Gesundheitsorganisationen als Instrument für die Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verbesserung der klinischen und pflegerischen Versorgungsleistung. Die AndreasKlinik verwendet dieses Instrument der Ergebnisqualitätsmessung mit dem Ziel, die Kernprozesse der Pflege und Medizin strukturiert auf Verbesserungspotentiale überprüfen zu können.

Für die Berechnung der Dekubitusrate wird der prozentuale Anteil der *Anzahl der Patienten die während desselben stationären Aufenthaltes mindestens einen Dekubitus (unabhängig vom Grad) entwickelt haben* im Verhältnis zur *Anzahl der Pflgetage* ermittelt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die Messung wurde über alle Abteilungen durchgeführt.

Es werden sämtliche stationären Fälle für die Messung berücksichtigt.

Dekubitusrate 2016: 0.05% (Vorjahr 0.03%)

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Hirslanden intern
Methode / Instrument	Indikatorenerhebung

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Händehygiene-compliance

Die hygienische Händedesinfektion, d.h. das Einreiben der Hände mit einem Alkoholpräparat, dient der Entfernung von krankmachenden Erregern. Die Händedesinfektion ist ein entscheidender Faktor zur Verhinderung der Keimverschleppung auf Gegenstände oder zur Übertragung auf andere Patienten. Daher misst die Hygieneverantwortliche der AndreasKlinik zusammen mit ihren Link Nurses laufend die Compliance der Händehygiene beim Pflegepersonal. Gemeint ist damit die Anzahl durchgeführter Händedesinfektionen gegenüber den von der WHO definierten Gelegenheiten zur Händedesinfektion. Bei einer Händehygiene-Beobachtung wird demnach die Anzahl der Indikationen zur hygienischen Händedesinfektion gegenüber der nicht stattgefundenen hygienischen Händedesinfektion gezählt. Um ein Ergebnis einfacher darzustellen, wird dieses in Prozent angegeben.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Die Messung wurde in allen Pflegeabteilungen durchgeführt.

2016 wurden total 192 offene und verdeckte Beobachtungen auf sämtlichen Pflegeabteilungen durchgeführt und dokumentiert. Aus den Beobachtungen resultierte ein durchschnittliche Compliance von 81% (Vorjahr 75%).

Die empfohlene Compliance-Rate, um Healthcare-assoziierten Infektionen erfolgreich zu verhindern, sollte nach SwissNoso CleanHands idealer Weise > 75-80% betragen.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	SwissNoso
Methode / Instrument	CleanHands

Bemerkungen

Die Ergebnisse lassen Rückschlüsse zu, inwieweit zum Beispiel Erkenntnisse aus Fortbildungen umgesetzt werden, bzw. wo noch Wissenslücken oder Fehler auftauchen. Auf diese Art und Weise lassen sich am besten die geeigneten Interventionen zur Verbesserung der Händedesinfektion bestimmen.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 ISO 9001:2015

- Internes Projekt mit Start Anfang 2017 und Abschluss Herbst 2018.
- Aktuell ist die AndreasKlinik nach ISO 9001:2008 zertifiziert. Die anstehende Rezertifizierung 2018 wird dazu verwendet den Übertritt auf die neue Norm 9001:2015 zu vollziehen.
- SOLL / IST-Analyse durchführen, Massnahmenplan erarbeiten, Massnahmen umsetzen und wenn möglich bereits evaluieren.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 CIRS Prozessoptimierung

- Klinikinternes Projekt von Januar bis Dezember 2016 mit dem Ziel, die Attraktivität und den Zugang zum Meldetool CIRS zu optimieren.
- IST-Analyse der Meldefrequenzen der bestehenden und definierten Meldekreise sowie den zugeordneten Abteilungen im CIRS-Tool.
- Technische Zusammenlegung von Abteilungen sowie Erweiterung der Meldekreise mit dem Bereich Hotellerie.
- Implementierung einer Koordinationsstelle, welche die Ferienvertretung für die Meldekreisverantwortlichen übernimmt.
- CIRS-Zugang von allen Computern (nicht nur Fat-Clients) aus zugänglich gemacht (niederschwelliger Zugang zum Meldeportal).
- Papiermeldeweg für Mitarbeitende ohne PC-Zugang eingerichtet.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2008

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

18.3.2 Brustzentrum

- Gemeinsames Projekt mit der Hirslanden Klinik in Aarau. Mit Start im April 2015 und voraussichtlicher Dauer bis März 2018.
- Ziel ist die Zertifizierung des gemeinsamem Brustzentrums nach SGS/Krebsliga.
- Einsatz von Breast Care Nurses über beide Standorte.
- Ein standortübergreifendes prä- und posttherapeutisches Tumorboard über Videokonferenz.
- Datamanagement der Tumordatenbank ODSeasy sowie ein regelmässiges Reporting.
- Ein klinischer Leiter wurde eingestellt.
- Die Zertifizierung ist für das erste Quartal 2018 geplant.

19 Schlusswort und Ausblick

Aus Sicht des Qualitätsmanagements stehen das Risikomanagement sowie das zweitägige ISO-Aufrechterhaltungsaudit im Zentrum des kommenden Jahres. Bereits wurde schon damit begonnen Element der Normenrevision 9001:2015 in einzelne Prozesse einzubauen. Die Umstellung auf die neue Norm wird 2017 prominentes Thema sein, da 2018 die Rezertifizierung auf die neue Norm erfolgt. Die Aktivitäten im Bereich Hygiene werden auch kommendes Jahr fortgesetzt. Nebst Schulungen und Weiterbildungen wird auch der jährliche Händehygienetag wieder genutzt, um Mitarbeitende und auch Patienten für das Thema Händehygiene zu sensibilisieren. Prozess- und Ablaufevaluationen werden weiterhin dazu beitragen, dass Vorgehensweisen ständig hinterfragt und so sinnvoll angepasst und optimiert werden. Die kontinuierlichen Begleitevaluationen von getroffenen Massnahmen und ihre Wirksamkeit sind unumgänglich und werden die Andreasklinik auch 2017 weiter beschäftigen.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Lebereingriffe
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)

Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
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
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
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
Radio-Onkologie

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitätern 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 Spitätern 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**).