



SCHULTHESS KLINIK

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

28.05.2018
Andrea Rytz, Direktorin, CEO

Version 2



Schulthess Klinik

www.schulthess-klinik.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 2017.

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 der Vorlage 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 2017

Frau
Béatrice Tissot-Daguette
dipl. Qualitätsmanagerin NDS HF
044 385 79 29
beatrice.tissot-daguette@kws.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

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. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und 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. Die Publikationen hierzu 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 2017	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	11
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	17
5.2.1 PEQ	17
5.3 Beschwerdemanagement	18
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
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
10 Operationen	20
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	20
11 Infektionen	21
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	21
11.2 Eigene Messung	23
11.2.1 Kontinuierliche interne Infekterfassung	23
12 Stürze	24
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	24
12.2 Eigene Messung	25
12.2.1 Kontinuierliche interne Sturzerfassung	25
13 Wundliegen	27
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	27
13.2 Eigene Messungen	29
13.2.1 Kontinuierliche interne Dekubituserfassung	29
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	

15	Psychische Symptombelastung	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17		
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	31
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	31
18.1.1	Lean Management Pflegedienst	31
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	33
18.2.1	Prozesslandkarte Schulthess Klinik	33
18.2.2	Zertifizierung nach ISO 9001:2015	34
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	34
18.3.1	Zertifizierung nach ISO 9001:2015	34
19	Schlusswort und Ausblick	35
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		36
Akutsomatik		36
Anhang 2		
Herausgeber		37

1 Einleitung

Die erste Adresse für orthopädische Chirurgie, Neurologie, Rheumatologie und Sportmedizin

Die Schulthess Klinik in Zürich ist eine der führenden orthopädischen Kliniken Europas mit über 1270 Mitarbeitenden. Ihr zentrales Anliegen ist es, Menschen von ihren Schmerzen zu befreien und ihre Mobilität wiederherzustellen. Die Klinik ist offen für Allgemein- und Zusatzversicherte.

Als orthopädische Spitzenklinik konzentriert sich die Schulthess Klinik auf anspruchsvolle Behandlungen am Bewegungs- und Stützapparat. Sie behandelt Menschen mit Störungen an Gelenken, am Rückgrat, an Händen und Füßen. Die Schwerpunkte der Spezialklinik sind chirurgische Orthopädie, Neurologie, Rheumatologie und Sportmedizin. Mit Beratungen im Bereich der Schmerztherapie und Behandlungen nach Methoden der konservativen Medizin zeigt sich, dass oft Alternativen zu operativen Eingriffen bestehen.

Die herausragende Fachkenntnis und die stark ausgeprägten Synergien zwischen den einzelnen Fachbereichen machen die Schulthess Klinik zu einer modernen, zukunftsfähigen Institution mit internationaler Ausstrahlung. Mit 22'500 Einzeleingriffen und 8'488 stationären Patienten im 2017 erbringt sie den Nachweis höchster Effektivität.

Die Schulthess Klinik ist Swiss Olympic Medical Center.

Wilhelm Schulthess-Stiftung

Seit 1935 wird die Klinik von der Wilhelm Schulthess-Stiftung getragen. Seither ist ihr gemeinnütziger Charakter erhalten geblieben. Ziel der Schulthess Klinik ist es, möglichst weitgehend selbsttragend zu bleiben, um rasch, unbürokratisch und dynamisch handeln zu können. Der Stiftungsrat setzt sich aus 18 Mitgliedern zusammen.

Qualitätsbericht

Unser Qualitätsbericht sowie weitere Informationen zu unserem Qualitätsmanagement sind auf unserer Website www.schulthess-klinik.ch erhältlich.

Jahresbericht

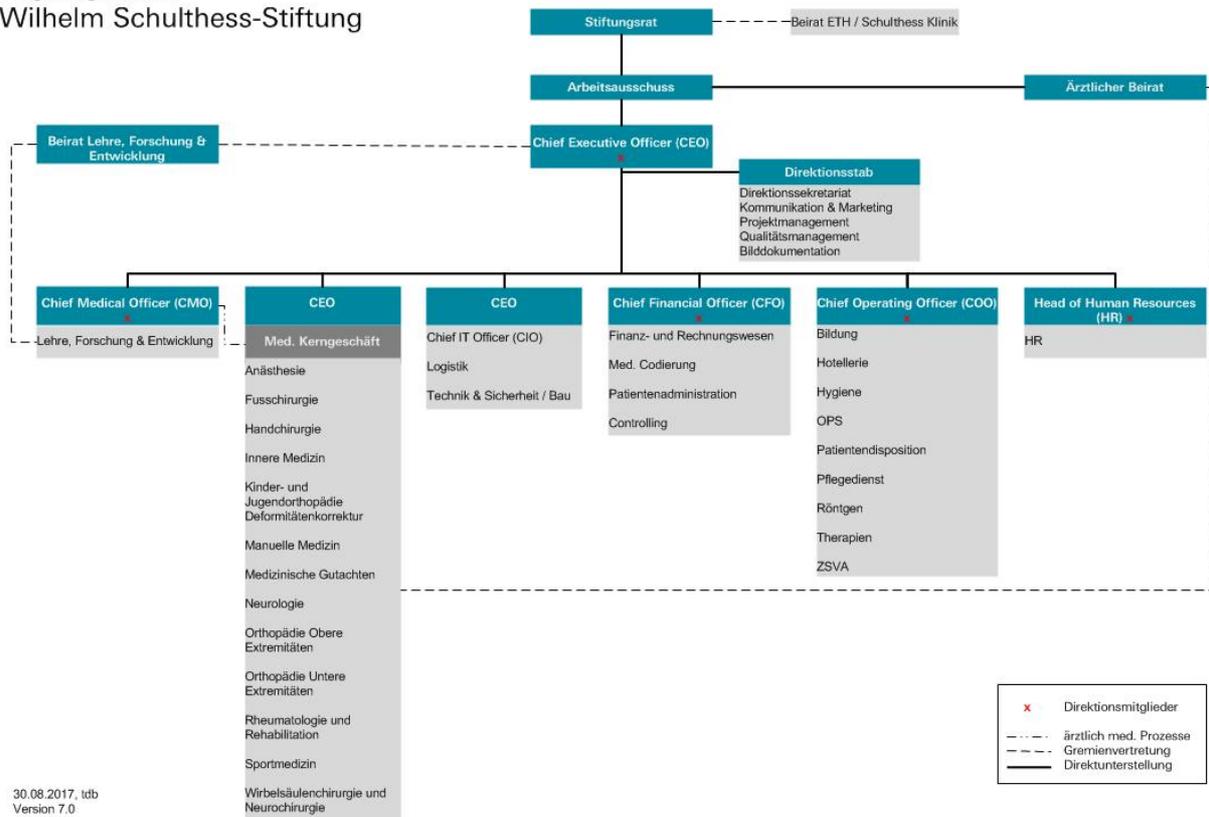
Unser Jahresbericht 2017 ist ab Juni 2018 auf der Microsite: jahresbericht.schulthess-klinik.ch einzusehen. Ebenso besteht die Möglichkeit den Print Jahresbericht bei uns zu erhalten – zögern Sie nicht uns zu kontaktieren, wir lassen Ihnen gerne ein Exemplar zukommen.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm
Wilhelm Schulthess-Stiftung



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Martina Bürgi-Hawel
COO, Mitglied Qualitätslenkungsausschuss
Schulthess Klinik
044 385 75 30
martina.buergi-hawel@kws.ch

Herr Dr. med. Daniel Herren
Chefarzt Handchirurgie, CMO, Mitglied
Qualitätslenkungsausschuss
Schulthess Klinik
044 385 74 61
daniel.herren@kws.ch

Herr Dr. med. Christoph Kolling
Oberarzt Orthopädie Obere Extremitäten
Wissenschaft, Mitglied
Qualitätslenkungsausschuss
Schulthess Klinik
044 385 75 83
christoph.kolling@kws.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätspolitik

Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung unserer strategischen Ziele ausgerichtet.

Die Schulthess Klinik verfügt über ein klinikübergreifendes Qualitätsmanagementsystem. Wir bieten Leistungen mit höchster Qualität und Professionalität.

Für die Schulthess Klinik steht die Kundenorientierung im Zentrum ihres Handelns.

Die kontinuierliche Verbesserung und Optimierung unserer Leistung wird durch das Qualitätsmanagementsystem gewährleistet.

Die Schulthess Klinik setzt ein umfassendes Risikomanagement um.

Die Umsetzung der geforderten gesetzlichen Bestimmungen in der Arbeitssicherheit und im Gesundheitsschutz ist gewährleistet.

Die hohe Fachkompetenz unserer Mitarbeitenden wird gezielt gefördert, da sie unser grösstes Gut ist. Damit gewährleisten wir die hohe Qualität unserer Leistungen.

Qualitätsziele

Ein klinikübergreifendes Qualitätsmanagementsystem ist implementiert und wird gelebt.

Unsere Prozesse werden systematisch und regelmässig auditiert.

Der kontinuierliche Verbesserungsprozess ist Bestandteil unseres täglichen Handelns.

Die gesamte Institution erfüllt die Anforderungen der ISO Norm 9001:2015.

Der Kunde steht im Zentrum unseres Handelns.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

1. Siehe Kapitel 18. "Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr"
2. Jahresthema im Bereich "Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz": Gewaltprävention
 - In Zusammenarbeit mit H+
 - Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit Gewaltsituationen (verbal, physisch etc.) zu melden. Die Meldungen werden zeitnah bearbeitet und an den regelmässigen Sitzungen der Kommission für AS & GS besprochen. Bei Bedarf werden Massnahmen ergriffen.
3. Lean Management Pflegedienst, siehe "Aktuelle Qualitätsprojekte"

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

- Ein klinikübergreifendes Qualitätsmanagementsystem ist implementiert
- Unsere Prozesse werden systematisch und regelmässig auditiert
- Die gesamte Institution erfüllt die Anforderungen der ISO Norm 9001:2015

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Q-Themen, die uns im 2018 beschäftigen werden:

- Aufrecherhaltungsaudit nach ISO 9001:2015
- Lean Management Pflegedienst
- Optimized (Rapid) Recovery

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.3 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>
▪ PEQ
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
▪ Kontinuierliche interne Infekterfassung
<i>Stürze</i>
▪ Kontinuierliche interne Sturzerfassung
<i>Wundliegen</i>
▪ Kontinuierliche interne Dekubituserfassung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. 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.

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
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	1996
Swiss Spine SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch	2005
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
IDES Register Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenks-prothesen	Orthopädische Chirurgie	MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie www.memcenter.unibe.ch	Hüfte 1984-2012, Knie 1995-2012
Med. Stat. Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	kontinuierlich
SSE Spine Tango Internationales Wirbelsäulenregister der Eurospine - Spine Tango	Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Med. u. Rehabilitation	Institute for evaluative Research in Medicine www.memcenter.unibe.ch/info	2004

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 9001:2015	ganze Klinik, inklusiv Aussenstationen Bad Zurzach und Kloten	2017	-	

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 aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Schulthess Klinik	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.50 (4.43 - 4.58)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.70 (4.63 - 4.78)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.69 (4.62 - 4.76)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.51 (4.42 - 4.60)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.22 (4.14 - 4.31)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	92.77 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung			
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Schulthess Klinik			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	662		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	425	Rücklauf in Prozent	64 %

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 PEQ

2017 wurde ein weiteres Mal die Patientenbefragung PEQ durchgeführt.

Ziel:

Den Zufriedenheitsgrad unserer stationären Patienten erfassen
Benchmark mit anderen Spitäler/Kliniken

Was wurde gemessen:

Zufriedenheit der Patienten mit der Hospitalisation allgemein, der ärztlichen & pflegerischen Betreuung, der Betreuung durch weiteren Berufsgruppen und den Serviceleistungen.

Diese Patientenbefragung haben wir vom April 2017 bis Juni 2017 durchgeführt.

Alle stationären Abteilungen

Eingeschlossene PatientInnen:

- Alter \geq 18 Jahre
- Stationärer Aufenthalt von mindestens 3 Tagen (2 Übernachtungen)
- Austritt nach Hause (bzw. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Reha)

Ausgeschlossen sind:

- PatientInnen, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllen
- Wöchnerinnen
- PatientInnen, die in ein anderes Spital verlegt werden
- Verstorbene PatientInnen
- PatientInnen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz
- PatientInnen mit psychiatrischer Hauptdiagnose

Rücklauf: 76.2 (Gesamtkollektiv: 58.9)

Themen:

Ärztliche Betreuung

Pflegerische Betreuung

Organisation, Management und Service während des Spitalaufenthaltes

Aufnahme ins Spital (speditiv und reibungslos)

Sauberkeit

Essen

Austrittsmanagement

Wartezeiten

Weiterempfehlung

Bei allen Themen lag die Schulthess Klinik über dem Benchmark, das heisst, sie wurde besser bewertet als die Vergleichsspitäler.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	PEQ

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Schulthess Klinik

Qualitätsmanagement

Béatrice Tissot-Daguette

dipl. Qualitätsmanagerin NDS HF

044/ 385 79 29

beatrice.tissot-daguette@kws.ch

Mo-Fr Bürozeiten

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 und 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

Datenanalyse		2013	2014	2015	2016**
Schulthess Klinik					
Beobachtete Rate	Intern:	0.79%	0.88%	0.73%	-
	Extern:	0.66%	0.52%	0.40%	1.34%
Erwartete Rate		1.99%	1.95%	1.85%	1.87%
Verhältnis der Raten***		0.73	0.72	0.61	72

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Schulthess Klinik		
Anzahl auswertbare Austritte:	6780	

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

Datenanalyse	2013	2014	2015	2016 **
Schulthess Klinik				
Beobachtete Rate	0.54%	0.39%	0.47%	0.41%
Erwartete Rate	1.72%	1.59%	1.40%	1.26%
Verhältnis der Raten***	0.31	0.25	0.34	0.33

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Schulthess Klinik		
Anzahl auswertbare Operationen:	7751	

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, Wirbelsäulenchirurgie 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:
▪ Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Schulthess Klinik						
Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)	155	0	-	0.60%	0.00%	0.00% (0.00% - 2.40%)

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	
Schulthess Klinik						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	795	5	0.60%	0.80%	0.60%	0.63% (0.10% - 1.20%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	736	1	0.40%	0.00%	0.40%	0.14% (0.00% - 0.40%)

* 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Nationales 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.

11.2 Eigene Messung

11.2.1 Kontinuierliche interne Infekterfassung

Messung:

Erfassung aller postoperativen Frühinfekte (Auftreten des Infektes während des 1. Monats postoperativ) bei stationären Patienten

Ziel:

Bei ansteigenden Infektraten frühzeitiges Intervenieren möglich

Tiefe Infekterate beibehalten (2017: 0,3%)

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Alle stationären Bettenstationen

Einschlusskriterien:

alle postoperativen Frühinfekte (Auftreten des Infektes während des 1. Monats postoperativ) bei stationären Patienten

Ausschlusskriterien:

es sind keine Ausschlusskriterien definiert.

Messergebnisse:

Postoperativen Frühinfekte: 0,3% (2016: 0.4%)

Infektrate international: 1,5% - 2,0%

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

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

	2014	2015	2016	2017
Schulthess Klinik				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	3	1	0
In Prozent	1.00%	3.20%	0.80%	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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. 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 \geq 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. Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Schulthess Klinik			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	136	Anteil in Prozent (Antwortrate)	80.00%

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Kontinuierliche interne Sturzerfassung

Ziele:

Gründe für Stürze analysieren und entsprechende Massnahmen einleiten

Sturzereignisse reduzieren

Messung:

Kontinuierliche Sturzerfassung über internes Meldeportal (neu ab 2017: zusätzlich Meldungen der Physiotherapie & der Arztpraxen)

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Bettenstationen Physiotherapie Arztpraxen

Einschlusskriterien:

Alle stationären Patienten

Alle ambulanten Patienten (neu ab 2017)

Ausschlusskriterien:

Es sind keine Ausschlusskriterien definiert

Ergebnisse:

1,3 Stürze pro 1000 Pflergetage (Schulthess Klinik ZH & Aussenstation Bad Zurzach)

Internationaler Durchschnitt in Akutspitäler: 1,5 - 3,2 Stürze pro 1000 Pflergetage

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**Wertungskriterien der Ergebnisse:**

Ort des Sturzes

Zeitpunkt des Sturzes

Sturz in Begleitung oder alleine

Fachrichtung

Zusätzliche Einflussfaktoren auf das Sturzereignis

Qualitätsaktivitäten:

Bei Eintritt erhalten alle Patienten eine Informationsbroschüre zur Sturzprävention

Sturzrisikoerfassung wird in der Eintritts-Pflegeanamnese anhand eines Assessment Tool (STRATIFY Fall Risk) erfasst. Bei Bedarf wird eine Risikodiagnose erstellt und mit dem Patient besprochen

Ergebnisse aus der Sturzerfassung werden jährlich mit dem Pflegekader besprochen und Massnahmen definiert

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	hausintern
Methode / Instrument	HCIRS Meldeportal

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. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. 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			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Schulthess Klinik						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	2	1	5	3	2.20%

** 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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

2016: Dekubitusprävalenz ≥ 2 : 4.1%

2017: Dekubitusprävalenz ≥ 2 : 2.2%

Fazit: Die definierten Massnahmen zeigen ihre Wirksamkeit

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. 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 \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ 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. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Schulthess Klinik			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	136	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	80.00%

Bemerkungen

Entwicklung der Messergebnisse:

In der chirurgischen Orthopädie wird erhöhte Dekubitusprävalenz verzeichnet (Spannungsblasen = Dekubitus Grad 2) aufgrund der Verbandstechnik (Verbände können nicht spannungsfrei angelegt werden, da sie zur Reduktion der postoperativen Blutungsgefahr beitragen)

Präventionsmassnahmen / Qualitätsaktivitäten:

Interdisziplinäres Gremium wurde definiert (OP Leitung, Lagerungspflege, Wundfachkraft und Pflegeexpertin). Das Gremium trifft sich monatlich. Ziel: Einflussfaktoren für Dekubitus reduzieren

Ergebnisse aus der Prävalenzmessung werden jährlich mit dem Pflegekader besprochen und Massnahmen definiert

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Kontinuierliche interne Dekubituserfassung

Ziele:

Gründe für Dekubitis analysieren und entsprechende Massnahmen einleiten

Dekubiti reduzieren

Messung:

Kontinuierliche Dekubituserfassung über internes Meldeportal

Fallzahlen aus der Med. Codierung (neu ab 2017)

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

alle Bettenabteilungen

Einschlusskriterien:

Alle stationären Patienten

Ausschlusskriterien:

Extern erworbene Dekubiti werden nicht erfasst.

Ergebnisse:

123 dokumentierte Dekubiti, davon 100 Spannungsblasen (81.3%) auf 8'487 stationäre Patienten

Haupteinflussfaktor:

In der chirurgischen Orthopädie wird erhöhte Dekubitusprävalenz verzeichnet (Spannungsblasen = Dekubitus Grad 2) aufgrund der Verbandstechnik (Verbände können nicht spannungsfrei angelegt werden, da sie zur Reduktion der postoperativen Blutungsgefahr beitragen)

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Wertekriterien der Ergebnisse:

Fachrichtung

Grad

Lokalität

Zusätzliche Einflussfaktoren

Präventionsmassnahmen / Qualitätsaktivitäten:

Interdisziplinäres Gremium wurde definiert (OP Leitung, Lagerungspflege, Wundfachkraft und Pflegeexpertin). Das Gremium trifft sich monatlich. Ziel: Einflussfaktoren für Dekubitus reduzieren

Ergebnisse aus der internen Messung werden jährlich mit dem Pflegekader besprochen und Massnahmen definiert

Ausbau des internen Wundmanagements

Interne Fortbildung zur Wundversorgung

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	hausintern
Methode / Instrument	HCIRS Meldeportal

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Lean Management Pflegedienst

Ausgangslage:

Im Jahre 2017 hat sich der Pflegedienst der Schulthess Klinik dazu entschlossen, die Pflegeorganisation neu zu organisieren. Das aus der Auto Industrie bekannte „Lean Management“ wird europaweit in immer mehr Spitälern unter dem Begriff „Lean Hospital“ angewendet. Die Pflegeleitungen richteten ihren Fokus zunächst auf den Materialfluss auf den Bettenstationen. Vermutet wurden zu grosse dezentrale Lagerbestände von Medikamenten und Verbrauchsmaterial.

Projektart:

Organisationsprojekt

Projektziel:

„Patient kommt zuerst“. Kunde steht im Mittelpunkt

Lagerbestände reduzieren

Wartezeiten minimieren

Transportwege verkürzen

Mängel erkennen und beseitigen

Kundenerwartungen erfüllen

Die richtigen Dinge richtig tun

Vorgehen/Methodik:

Material Verbrauch der Bettenstationen prüfen und ggf. reduzieren

Lagerbestandslisten Bettenstationen prüfen und ggf. anpassen

„Ladenhüter“ definieren

Mitarbeiter befragen

Involvierte Berufsgruppen:

Pflegedienst (Leitungen sowie Mitarbeiter der Basis)

Zentralmagazin/Apotheke

Projektelevaluation/ Ergebnisse:

Signifikante Kostenreduktion auf allen Bettenstationen per 31.12.17

Reduktion des Lagerbestandes von Materialien durch Mengenanpassung und Aussortieren von „Ladenhütern“

Dezentrale Lagerflächen konnten reduziert werden durch platzsparende Schrankbestückung

Materialumstellungen, Bsp.: anstelle von mehreren teuren Einzelteilen wurde ein günstigeres und komplettes Infusionsbesteck ins Sortiment aufgenommen

Sinnvolle Anordnung von Materialien die für einen Arbeitsschritt benötigt werden, Bsp.: Infusionsbestecke, Infusionen und Medikamente nebeneinander anordnen

Ergonomische Anordnung von schweren Verbrauchsmaterialien, Bsp.: Infusionskartons

Beschaffung von stapelbaren und dadurch platzsparenden Infusionsständern

Platzierung von Krankenmobilen und Überwachungsgeräten in den dafür farblich gekennzeichneten Abstellorten

Die nächsten Schritte in 2018

Sortimentsstraffung der Medikamenten

Platzressourcen in den Medikamentenschränken effizient nutzen

Einführung Pflegeorganisation nach Lean per 01.03.18

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Prozesslandkarte Schulthess Klinik

Projektart:

Organisationsprojekt (Teilprojekt des Projektes "Zertifizierung nach ISO 9001:2015")

Projektziel:

Anschaffung eines neuen Prozess- und Dokumentenlenkungssystems

Alle Bereiche der Schulthess Klinik, deren Prozesse & mitgeltenden Dokumente sind in der Prozesslandkarte abgebildet

Die Prozesse sind gelenkt

Die mitgeltenden Dokumente sind gelenkt

Prozessorientiertes Handeln wird verstanden und gelebt

Projektlauf/Methodik:

Definition der Prozessverantwortlichen

Interne Schulungen

Dokumentation der Prozesse & mitgeltenden Dokumente

Fortlaufende Unterstützung durch das Qualitätsmanagement

Involvierte Berufsgruppen:

Alle Bereiche und Abteilungen der Schulthess Klinik

Projektelevaluation:

Die Prozesslandkarte wurde bis November 2017 fertig erstellt und das Projekt abgeschlossen.

Alle Prozesse der Klinik sind definiert, modelliert und allen Mitarbeitenden zugänglich. Alle Dokumente sind neu nur noch in die Prozesslandkarte hinterlegt und somit gelenkt.

18.2.2 Zertifizierung nach ISO 9001:2015

Projektart

Organisationsprojekt

Projektziel

Die ganze Schulthess Klinik ist nach ISO 9001:2015 zertifiziert.

Projektlauf/Methoden

Alle erforderlichen Normpunkte wurden während 15 Monaten erarbeitet

Siehe auch Teilprojekt "Prozesslandkarte Schulthess Klinik"

Beginn: März 2016

Stand November 2017: Die ganze Klinik ist nach ISO 9001:2015 zertifiziert

Involvierte Berufsgruppen

Direktion
Qualitätsmanagement
Prozessverantwortliche
Ärzteschaft

Projektergebnisse/Konsequenzen

Mit der Zertifizierung Mitte November 2017 wurde das Projekt beendet.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung nach ISO 9001:2015

Siehe "Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr"

19 Schlusswort und Ausblick

Zertifizierung nach ISO 9001

Die ISO Zertifizierung war seit längerem geplant, bereits seit Jahren entsprechen die Prozesse im Patientenpfad der Schulthess Klinik höchsten Qualitätsanforderungen. Mit der ISO-Zertifizierung im Herbst 2017 hat das Qualitätsmanagement der Klinik nun auch offiziell Excellence bestätigt erhalten.

Vernetzung

Als Stiftung tätigt die Schulthess Klinik umfangreiche Investitionen im Bereich Lehre, Forschung und Entwicklung und fördert damit innovative Projekte hoch stehender Forschungsteams. Darüber hinaus betreibt die Schulthess Klinik eine enge Zusammenarbeit mit der ETH Zürich und über 60 weiteren nationalen und internationalen Forschungseinrichtungen.

Im Frühling 2017 fand in der Schulthess Klinik zum vierten Mal die Demowoche «Gesundheitswissenschaften und Technologie» der ETH Zürich statt. Das Swiss Concussion Center war erstmalig Teil der Zürcher BrainFair zum Thema «Faszination Gehirn». An der BrainFair präsentieren das UniversitätsSpital Zürich, die Universität Zürich und die ETH Zürich seit 2002 jedes Jahr die aktuellsten Forschungsergebnisse und Entwicklungen im Bereich Neurowissenschaften der Öffentlichkeit.

Patient-Reported Outcomes (PROs)

In der Anwendung sogenannter Patient-Reported Outcomes (PROs) gehört die Schulthess Klinik zu den führenden Institutionen, Mithilfe umfangreicher Patientenregister und in engem Austausch mit unseren Patientinnen und Patienten optimieren wir unsere Behandlungsmassnahmen fortlaufend weiter, um die individuell beste und nachhaltigste Behandlung zu finden. Im Fokus steht zudem die Optimierung der Patientenversorgung in der Schweiz.

Patientenservice

Um den Patientenservice immer weiter zu verbessern, werden seit 2 Jahren sämtliche Mitarbeitenden der Schulthess Klinik an insgesamt fünf Kurstagen zum Thema Kundenorientierung geschult. Die Weiterbildungen finden in enger Zusammenarbeit mit dem Swiss Aviation Training am Flughafen Zürich statt.

Privatstation

Während der Sommermonate wurde im dritten Stock des Bettengebäudes eine neue Station für Privatpatienten eingerichtet. Insgesamt wurden 12 Zimmer umgebaut, in denen Privatversicherte Patienten seit September 2017 erstklassigen Hotellerie-Service in angenehmster Atmosphäre geniessen 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)
Wundpatienten
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Blut (Hämatologie)
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Plexuschirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).