

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

29.05.2018
Martin Nufer, Direktor

Version 1



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

Ariela Schorpp
Leitung Qualitätsmanagement
041 208 3641
ariela.schorpp@hirslanden.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 | 9 |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren | 9 |
| 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten | 10 |
| 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen | 10 |
| 4.2 Durchführung von kantonale 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 | 12 |
| 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen | 13 |
| 4.4.2 IQM Peer Review Verfahren | 14 |
| 4.5 Registerübersicht | 15 |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht | 17 |
| QUALITÄTSMESSUNGEN | 18 |
| Befragungen | 19 |
| 5 Patientenzufriedenheit | 19 |
| 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik | 19 |
| 5.2 Eigene Befragung | 20 |
| 5.2.1 Patientenbefragung Hirslanden-Gruppe (Press Ganey) | 20 |
| 5.2.2 Rückmeldeflyer "Ihre Meinung ist und wichtig" (Hirslanden Baby) | 20 |
| 5.2.3 Patientenbefragung im Kinderwunschzentrum | 20 |
| 5.2.4 Patientenbefragung im zertifizierten Brustzentrum | 21 |
| 5.2.5 Patientenbefragung von ambulanten Patienten/Kunden (Sportmedizin, Geburtsvorbereitungskurse, u.w.) | 21 |
| 5.3 Beschwerdemanagement | 21 |
| 6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt. | |
| 7 Mitarbeiterzufriedenheit | 22 |
| 7.1 Eigene Befragung | 22 |
| 7.1.1 Your Voice Mitarbeiterbefragung | 22 |
| 8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt. | |
| Behandlungsqualität | 23 |
| 9 Wiedereintritte | 23 |
| 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen | 23 |
| 10 Operationen | 24 |
| 10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen | 24 |
| 11 Infektionen | 25 |
| 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte | 25 |
| 12 Stürze | 26 |
| 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz | 26 |
| 13 Wundliegen | 27 |
| 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) | 27 |
| 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen | 29 |

| | | |
|---|--|-----------|
| 14.1 | Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen..... | 29 |
| 14.1.1 | Erfassung freiheitsbeschränkender Massnahmen entsprechend des gruppenweiten Standards | 29 |
| 15 | Psychische Symptombelastung Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an. | |
| 16 | Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an. | |
| 17 | Weitere Qualitätsmessung | 30 |
| 17.1 | Weitere eigene Messung | 30 |
| 17.1.1 | IQIP INTERNATIONAL QUALITY INDICATOR PROJECT | 30 |
| 18 | Projekte im Detail | 31 |
| 18.1 | Aktuelle Qualitätsprojekte | 31 |
| 18.1.1 | Prozessmanagement | 31 |
| 18.1.2 | Einführung Swissnoso Modul "Intervention zur Prävention postoperativer Wundinfektionen" | 31 |
| 18.1.3 | Re-Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 | 32 |
| 18.2 | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017 | 32 |
| 18.2.1 | Safe Check Intervention..... | 32 |
| 18.2.2 | Zertifizierung der Zentralen Sterilgutversorgung nach DIN EN ISO 13485..... | 32 |
| 18.3 | Aktuelle Zertifizierungsprojekte | 32 |
| 18.3.1 | Re-Zertifizierung Klinik St. Anna | 32 |
| 19 | Schlusswort und Ausblick | 33 |
| Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot..... | | 34 |
| Akutsomatik | | 34 |
| Anhang 2 | | |
| Herausgeber | | 37 |

1 Einleitung

Die Hirslanden Klinik St. Anna ist eine Privatklinik in der Stadt Luzern mit einem städtischen, kantonalen und zentralschweizerischen Einzugsgebiet. Sie ist im Belegarztsystem organisiert, betreibt 196 Betten und gehört zu der Privatklinikgruppe Hirslanden AG, welche in der Schweiz insgesamt 17 Kliniken in 11 Kantonen umfasst.

Die Hirslanden Klinik St. Anna setzt seit vielen Jahren hohe Massstäbe an eine patientenorientierte und qualitativ hochstehende, medizinische Versorgung und ist bestrebt, sich kontinuierlich als lernende Organisation weiter zu entwickeln. Die Klinik ist seit dem Jahr 2000 nach der Norm DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert und hat im Jahr 2013 das EFQM Recognised for Excellence - R4E*** erreicht. 2015 wurden das Alterstraumazentrum und das Gefässzentrum erstmals von externen Zertifizierungs- bzw. Fachgesellschaften fachzertifiziert. Im Jahr 2016 konnte die Zertifizierung des interdisziplinären Brustzentrums erfolgreich nach den Vorgaben der Schweizer Krebsliga und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie durchgeführt werden.

St. Anna im Bahnhof – Zentrum für Gesundheit und Prävention.

Das Zentrum St. Anna im Bahnhof bietet Ihnen ein umfassendes ambulantes Angebot. Auf zwei Stockwerken und 2'500 m² stehen unseren Patienten ein spezialisiertes Fachwissen und modernste Diagnostik zur Verfügung. Die Betreuung und Begleitung unserer Patienten ist qualitativ auf höchstem Niveau und für den einzelnen Patienten individuell. Das Netzwerk von Spezialisten arbeitet eng mit anderen Fachdisziplinen der Hirslanden-Gruppe zusammen und kann so die Wünsche und Ansprüche unserer Patienten und Zuweiser optimal abdecken. Unser Standort im 3. und 4. OG des Bahnhofs Luzern ist zentral gelegen und einfach zu erreichen. Das ambulante Angebot unter einem Dach erlaubt die professionelle interdisziplinäre Zusammenarbeit und stellt die medizinische Begleitung aus einer Hand sicher. Mit dem Akutspital Klinik St. Anna im Hintergrund sichern wir, wenn notwendig, die Erreichbarkeit weiterer medizinischer Fachbereiche.

Die enge Zusammenarbeit der Hirslanden Klinik St. Anna und Hirslanden Klinik Meggen ermöglicht eine optimale Nutzung von Synergien, wobei die Hirslanden Klinik Meggen ihren Schwerpunkt in der ambulant operativen und kurzstationären Versorgung hat.

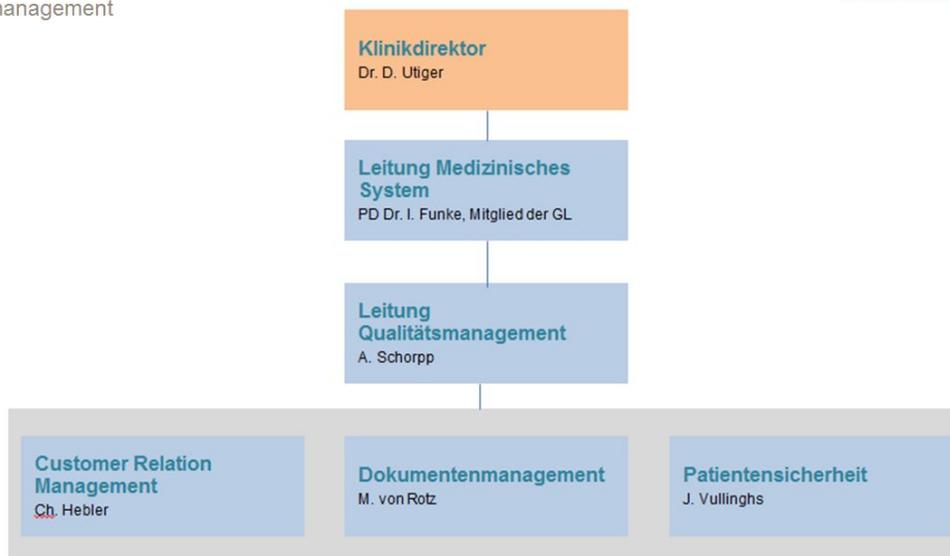
Die Hirslanden Klinik St. Anna wie auch die Hirslanden-Gruppe stellt in ihrer Qualitätsarbeit die Patientensicherheit in den Mittelpunkt. Entsprechend wird kontinuierlich an dem Durchdringungsgrad des gruppenweiten Konzeptes zur Patientensicherheit gearbeitet.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm
Qualitätsmanagement



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **340** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Ariela Schorpp
Leitung Qualitätsmanagement
Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern
+41 41 208 36 41
ariela.schorpp@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

Die Qualitätspolitik des Hirslanden Klinikverbundes:

Die Qualitätspolitik wird zusammen mit den Kliniken erarbeitet. Sie zeigt die Werte und Ziele des Unternehmens im Zusammenhang mit der Qualität auf:

- Patienten, Ärzte, Mitarbeiter und Partner wählen Hirslanden, weil sie vom umfassenden Qualitätsmanagement der Gruppe profitieren wollen.
- Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels „Hirslanden positioniert sich als führender Leistungsanbieter im Zusatzversicherungssegment und differenziert sich im Markt über Qualitätsführerschaft“ ausgerichtet.
- Hirslanden stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.
- Hirslanden setzt ein umfassendes Risikomanagement um, dabei bildet die [Patientensicherheit](#) ein wesentliches Kernelement.
- Hirslanden verpflichtet sich der kontinuierlichen Verbesserung (KVP), unterstützt durch Transparenz und [Benchmarking](#) und stellt sich den nach dem KVG vorgegebenen Qualitätsvergleichen.
- Durch die konsequente Nutzung der Synergien und der Etablierung des Wissensmanagements setzt Hirslanden Standards im Qualitätsmanagement in der Schweizer Spitallandschaft.
- Die Umsetzung der gesetzlich geforderten Bestimmungen in der Arbeitssicherheit und im Gesundheitsschutz geniesst einen hohen Stellenwert.
- Die Umsetzung der Qualitätspolitik wird durch den bestehenden Hirslanden Qualitätsentwicklungsplan unterstützt.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

- * Zertifizierung der Zentralsterilisation der Klinik nach DIN ISO 13485
- * Umsetzung des Konzeptes zur Patientensicherheit
- * Neuausrichtung der Qualitätskommission

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Die Qualitätspolitik der Hirsländen-Gruppe wurde erfolgreich umgesetzt. Dies mit Schwerpunkt auf zentrenspezifische Qualitätsarbeit mit erreichten Fachzertifizierungen, Einbindung von Fachexperten in verschiedensten Disziplinen wie beispielsweise Urologie, Viszeralchirurgie und Senologie sowie Anschaffung von modernster Technologie.

Erfolgreiches Überwachungsaudit der gesamten Klinik nach EN DIN ISO 9001:2008.

Erfolgreiche Zertifizierung der Zentralsterilisation der Klinik nach DIN ISO 13485 im Januar 2017.

Im Bereich klinische Qualitätssicherung wurde das Hirsländen Patientensicherheitskonzepts erfolgreich weiter umgesetzt und das klinikweite Risikomanagement erweitert.

Zur Messung der Patientenzufriedenheit wurde die kontinuierliche Befragungen der stationären Patienten wie auch Stichprobenbefragungen durchgeführt, analysiert und Verbesserungen daraus abgeleitet.

Ein weiterer Schwerpunkt lag und liegt auch weiterhin auf der zentrenspezifischen Qualitätsarbeit mit angestrebten Fachzertifizierungen in unterschiedlichen Disziplinen.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Klinik fokussiert weiterhin auf die zunehmenden Anforderungen der hochspezialisierten Medizin (HSM), um den Patienten der Hirsländen Klinik St. Anna auch in Zukunft ein breites und qualitativ hochstehendes Angebot an medizinischen Leistungen bieten zu können. Hierbei steht die Bildung von interdisziplinären Kompetenzzentren mit entsprechenden Fachzertifizierungen im Mittelpunkt.

Die Patientensicherheit gilt als kontinuierlicher und zentraler Schwerpunkt der klinischen Qualitätssicherung. Neben der fortlaufenden Umsetzung und Erweiterung des Hirsländen Patientensicherheitskonzeptes werden unter diesem Aspekt nationale Empfehlungen der Stiftung Patientensicherheit fortlaufend geprüft und deren Umsetzung in klinikspezifischen Einzelprojekten erarbeitet.

Die standardisierte Durchführung interner und externer Audits, Assessments sowie Peer Review-Verfahren zur gezielten Prozessüberwachung und Prozessverbesserung wird weiterhin ausgebaut.

Die Gesamthaus-Zertifizierung nach der revidierten Norm EN ISO 9001:2015 sowie die Zertifizierung der Zentralsterilisation nach EN ISO 13485:2016 sind in Vorbereitung.

Die Klinik St. Anna engagiert sich in nationalen Projekten zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung wie beispielsweise dem Swissnoso-Projekt zur Reduktion postoperativer Wundinfektionen.

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> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenbefragung Hirslanden-Gruppe (Press Ganey) ▪ Rückmeldeflyer "Ihre Meinung ist und wichtig" (Hirslanden Baby) ▪ Patientenbefragung im Kinderwunschzentrum ▪ Patientenbefragung im zertifizierten Brustzentrum ▪ Patientenbefragung von ambulanten Patienten/Kunden (Sportmedizin, Geburtsvorbereitungskurse, u.w.) |
| <i>Mitarbeiterzufriedenheit</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Your Voice Mitarbeiterbefragung |
| Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt: |
| <i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung freiheitsbeschränkender Massnahmen entsprechend des gruppenweiten Standards |
| <i>Weitere Qualitätsmessung</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ IQIP INTERNATIONAL QUALITY INDICATOR PROJECT |

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Umsetzung des Patientensicherheitskonzeptes der Hirslanden Gruppe

| | |
|---|--|
| Ziel | Kontinuierliche Sicherstellung der Patientensicherheit |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Alle Bereiche der Klinik |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | Januar - Dezember 2017 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| Begründung | Prozessoptimierung |
| Methodik | Prozessanpassung, Anpassung Dokumente; Schulung MA aller Berufsgruppen |
| Involvierte Berufsgruppen | Operative Disziplinen, Pflegedienst, Tagesklinik; Anästhesie; Apotheke; Labor |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Das Projekt läuft im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses weiter. |

Safe Check Intervention

| | |
|---|---|
| Ziel | Sicherstellung Patientensicherheit bei Interventionen |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Radiologie, Endoskopie, Herzkatheterlabor/Angiographie, Kinderwunschzentrum |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | November 2016 bis Oktober 2017 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| Begründung | Erhöhung Patientensicherheit |
| Methodik | Ausarbeitung und Schulung im Umgang mit der Checkliste |
| Involvierte Berufsgruppen | An Interventionen beteiligte Mitarbeitenden |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Das Projekt wird regelmässig durch interne Audits evaluiert. |

Verschlanung und Vereinheitlichung der Prozesslandkarte am Standort Luzern

| | |
|---|---|
| Ziel | Migration der Prozesse in eine konzernweite Software |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Standortbezogen |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | April 2016 bis Dezember 2017 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| Begründung | Erhöhung der Effizienz durch standardisierte und vereinfachte Prozesse |
| Methodik | Prozessüberarbeitung und -anpassung |
| Involvierte Berufsgruppen | Prozesseigner |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Das Projekt läuft im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. |

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 2008 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

Seit der Einführung des CIRS-Meldetools in unserer Klinik im Jahr 2008, ist die Zahl der Meldungen stetig angestiegen. Dies ist das Ergebnis der Schulung unserer Mitarbeitenden und Ausdruck der Akzeptanz des Meldeportals.

Das Team der CIRS-Verantwortlichen (CV) besteht aus 14 Mitgliedern aus unterschiedlichen Fachabteilungen und ist interdisziplinär besetzt. Die Mitglieder treffen sich regelmässig 4x jährlich zu einer CIRS-Zirkel. Die Zirkel dienen dem fachlichen Austausch sowie der Bearbeitung fachübergreifender CIRS-Meldungen. Darüber hinaus finden zweimal im Jahr klinikübergreifende Netzwerktreffen der Hirslanden-Gruppe zum Erfahrungsaustausch statt.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2014 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 der Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

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

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://www.hirslanden.ch/de/corporate/qualitaet/qualitaet-bei-hirslanden/initiative-qualitaetsmedizin-igq.html> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppeneauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2017 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

Bemerkungen

Das Peer Review Verfahren 2017 stand unter dem Thema Sterblichkeit bei Hauptdiagnose Sepsis.

Die Ergebnisse des Verfahrens wurden sorgfältig ausgewertet und erforderliche Massnahmen umgesetzt.

4.5 Registerübersicht

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

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

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen | | | |
|--|--|--|---------|
| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation | Seit/Ab |
| AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie | Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie | Adjumed Services AG www.aqc.ch | |
| ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken | Gynäkologie und Geburtshilfe | SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch | |
| FIVNAT-CH Fécondation In Vitro National | Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie | FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch | |
| IDES Register Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenks-prothesen | Orthopädische Chirurgie | MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie www.memcenter.unibe.ch | |
| Mammaimplantatregister Mammaimplantatregister | Plastische Chirurgie | MEM Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch | |
| MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI | Intensivmedizin | SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch | |
| Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten | Infektiologie, Epidemiologie | Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting | |
| SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry | Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin | Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern | |
| Swiss Spine SWISS Spine Register | Orthopädische Chirurgie | Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch | |

| | | | |
|--|--|--|----------------------|
| SWISSVASC SWISSVASC Registry | Gefässchirurgie | Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch | |
| KR Zentralschweiz Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden | Alle | www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-krebsregister.html | |
| SIRIS Schweizerisches Implantatregister | Orthopädische Chirurgie | Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch | als korrekt befunden |
| Dialyseregister Schweizer Dialyseregister | Nephrologie | Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch | als korrekt befunden |
| Swiss TAVI Registry Nationales Register zur Erfassung von Erwachsenen die eine Transkatheter-Aortenklappenimplantation erhielten | Herz- und thorak. Gefässchirurgie, Kardiologie | Universitätsspital Bern, Inselspital, Abteilung für Kardiologie www.swisstaviregistry.ch | als korrekt befunden |

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 |
| EN ISO 9001:2008 | Gesamte Klinik | 2000 | 2017 | Re-Zertifizierung nach EN ISO 9001:2015 in 2018 |
| EFQM, Recognised for Excellence 3*** | Gesamte Klinik | 2008 | 2013 | |
| Zertifizierung IPS durch SGI | Intensivstation | 2003 | 2009 | Eine Wiederaufnahme des Zertifikates ist für 2018 geplant. |
| Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies | Hirnschlagzentrum | 2014 | 2017 | |
| Union Schweizer Gesellschaft für Gefässkrankheiten (USGG) | Gefässzentrum | 2015 | 2017 | |
| Vorgaben des Alterstraumazentrums DGU | Altersunfallzentrum | 2015 | 2016 | Die Rezertifizierung ist für 2018 geplant |
| Schweizer Krebsliga und Schweizerische Gesellschaft für Senologie in der Version von 2015 | Interdisziplinäres Brustzentrum | 2016 | 2016 | |
| DIN ISO 13485 | Zentralsterilisation | 2017 | 2018 | Zertifizierung nach DIN ISO 13485:2016 in 2019 |

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

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.

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

Begründung

Die Messergebnisse zur nationalen Patientenbefragung in der Akutsomatik werden von ANQ auf der Webseite www.anq.ch in vergleichender Darstellung veröffentlicht.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|--|
| Nationales Auswertungsinstitut | ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne |

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenbefragung Hirslanden-Gruppe (Press Ganey)

Über die nationale Befragung durch ANQ hinaus gehend haben Patienten der Hirslanden-Gruppe die Möglichkeit an einer kontinuierlichen, stationären Patientenbefragung teilzunehmen. Diese Messung der Patientenzufriedenheit wird durch das renommierte Institut Press Ganey durchgeführt. Dieses Institut ist eine internationale Gesellschaft mit Sitz in den USA, mit langjähriger Expertise im Bereich Patientenzufriedenheitsmessungen und ermöglicht den Vergleich in diversen Benchmarks.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
In allen stationären Fachabteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse aller Hirslanden-Kliniken werden in einem internen Benchmark ausgewiesen und sowohl gesamthaft als auch pro Klinik analysiert und Verbesserungen daraus abgeleitet.

5.2.2 Rückmeldeflyer "Ihre Meinung ist und wichtig" (Hirslanden Baby)

Wöchnerinnen der Hirslanden Klinik St. Anna haben die Möglichkeit ihre Meinung in einem internen Fragebogen "Ihre Meinung ist uns wichtig" mitzuteilen. Alle Rückmeldungen werden systematisch erfasst, bearbeitet, ausgewertet und Verbesserungsmaßnahmen aus den Ergebnissen abgeleitet. Im Jahr 2017 sind insgesamt 334 Rückmeldungen von Hirslanden Baby-Flyern erfasst worden. Die Wiederempfehlungsrate der Wöchnerinnen liegt bei 95%.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Patientinnen unserer Babystation

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

5.2.3 Patientenbefragung im Kinderwunschzentrum

Eine Befragung der Patienten des Kinderwunschzentrums wird kontinuierlich durchgeführt. Die Ergebnisse werden intern evaluiert und Massnahmen abgeleitet.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Kinderwunschzentrum

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

5.2.4 Patientenbefragung im zertifizierten Brustzentrum

Zur Ermittlung der Zufriedenheit der Patientinnen wird eine unterjährige, kontinuierliche Befragung durchgeführt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Zertifiziertes Brustzentrum der Hirslanden Klinik St. Anna

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

5.2.5 Patientenbefragung von ambulanten Patienten/Kunden (Sportmedizin, Geburtsvorbereitungskurse, u.w.)

Neben der routinemässigen Befragung unsere stationären Patienten, führen wir auch Befragungen in vielen ambulanten Bereichen durch. Aufgrund der Entwicklung im Gesundheitswesen, ist die Kenntniss der ambulanten Patientenerwartungen für die Klinik St. Anna von grosser Bedeutung.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
U.a. im Standort St. Anna im Bahnhof (Sportmedizin, Leistungsdiagnostik) sowie im Bereich Physiotherapie.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

Bemerkungen

-

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern

Kundenrückmeldeverantwortliche

Chantal Hebler

Kontaktperson für Patienten und Mitarbeiter

+41 41 208 37 72

chantal_hebler@hirslanden.ch

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 Mitarbeiterbefragung

Die oben genannte Mitarbeiterbefragung wurde im November 2017 zum dritten Mal in allen Kliniken der Hirslanden-Gruppe durchgeführt. Diese Umfrage erfolgt in Zusammenarbeit mit dem international renommierten Gallup Institut.

Mit dieser Umfrage wird die Zufriedenheit der Mitarbeiter und die Mitarbeiterbindung erfasst und analysiert werden. Durch gezielte Massnahmen, wird die Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und eine noch stärkere Mitarbeiterbindung an die Klinik St. Anna angestrebt. In verschiedenen Gremien der Klinik werden Kadermitarbeiter befähigt Ergebnisse zu interpretieren, um anschliessend gemeinsam mit ihren Teams geeignete Verbesserungsmassnahmen abzuleiten.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt. Alle Abteilungen/Bereiche der Klinik wurden einbezogen.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

-

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

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.

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 Hirslanden Klinik St Anna auf die Publikation dieser nicht validierten Ergebnisse.

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

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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 Hirslanden Klinik St Anna auf die Publikation dieser nicht validierten Ergebnisse.

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen***.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, 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:

- *** Dickdarmoperationen (Colon)
- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

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.

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

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Nationales 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

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.

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

Begründung

Die Ergebnisse werden monatlich evaluiert und es werden, sofern nötig, Massnahmen eingeleitet. Verschiedene Massnahmen zur Sturzprävention (z.B. Infrastruktur, Mitarbeiterschulung, Patientenschulung, Pflegestandards) werden in der Hirslanden Klinik St. Anna konsequent durchgeführt.

| 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.

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 | | |
| Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern | | | | |
| Nosokomiale Dekubitusprävalenz | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%) | 0 | | - |

** 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.

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

Begründung

Die ANQ-Messungen sind mit den spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnissen nur bedingt aussagekräftig.

Die Ergebnisse der Messung werden intern analysiert und evaluiert. Sofern nötig, werden Massnahmen zur Verbesserung eingeleitet. Neben definierten Pflegestandards werden alle erworbenen und mitgebrachten Dekubiti dokumentiert und im interdisziplinären Team besprochen. Die Hirslanden Klinik St. Anna hat seit Jahren Pflegestandards zur Dekubitusprophylaxe, ein standardisiertes Wundkonzept sowie ausgebildete Wundexperten etabliert.

| 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. |

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Erfassung freiheitsbeschränkender Massnahmen entsprechend des gruppenweiten Standards

Die Erfassung freiheitsbeschränkender Massnahmen sichert den verantwortungsbewussten und restriktiven Einsatz ausschliesslich zum Schutz der Patienten oder der an der Behandlung beteiligten Mitarbeitenden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Alle Pflegebereiche der Klinik

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden intern diskutiert und bewertet.

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 IQIP INTERNATIONAL QUALITY INDICATOR PROJECT

Das International Quality Indicator Projekt (IQIP) wurde 1985 von Spitalern im US-Bundesstaat Maryland entwickelt und war mit weltweit über 2 000 teilnehmenden Gesundheitsorganisationen das bedeutendste Forschungsprojekt und Verfahren zur Bewertung der Ergebnisqualität in der Medizin. Das Projekt wurde jedoch im Jahr 2013 nach der Übernahme durch den US-Anbieter Press Ganey eingestellt. Der Hauptgrund war die Fokussierung des US-Spitalmarktes auf verpflichtende staatliche Qualitätsindikatoren, die wenig Raum für ergänzende Messungen zuließen. Die Privatklinikgruppe Hirslanden setzt die etablierten Messungen jedoch im Rahmen einer Eigeninitiative fort. Für die Messungen gibt IQIP klar definierte Standards vor. Danach müssen die Spitäler folgende Hauptindikatoren erheben: ungeplante Wiederaufnahme ins Spital, ungeplante Rückkehr in den Operationssaal, dokumentierte Stürze, Sterblichkeit und Wundliegen (Dekubitusrate) (siehe entsprechende ANQ Daten).

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Diese Messungen haben wir im Jahr 2017 in allen stationären Abteilungen/Bereichen durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Nähere Angaben sind im veröffentlichten Qualitätsbericht der Hirslanden-Gruppe einsehbar.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Prozessmanagement

Projektart:

Aktualisierung des Prozess- und Dokumentenmanagements

Ziele:

- Bestehende Prozesslandkarte entspricht den aktuellen Strukturen der Klinik-Prozesse
- Mitgeltende Dokumente werden in standardisierter Form dokumentiert
- Behandlungsabläufe werden entlang der Patientenpfade dokumentiert
- Einführung standardisierter Prozessaudits zur Überprüfung der Wirksamkeit

Involvierte Berufsgruppen:

Gesamte Klinik

Projektablauf:

Die neue Prozesslandkarte wurde im April 2016 aufgeschaltet. Die Kernprozesse der Hirslanden Klinik Meggen und von Hirslanden St. Anna im Bahnhof Luzern sind separat ausgewiesen.

Alle Prozesskarten werden regelhaft im Sinne eines KVP überarbeitet und aktualisiert.

18.1.2 Einführung Swissnoso Modul "Intervention zur Prävention postoperativer Wundinfektionen"

Projektart:

Veränderungsprojekt mit Weiterführung im Jahr 2017

Projektziel:

Das Ziel ist die Optimierung der Prozessqualität im Operationsbereich und damit eine Reduktion der postoperativen Wundinfektionen. Von Swissnoso wird eine Reduktion der Wundinfektionen um 10% innerhalb von zwei Jahren angestrebt. Die Klinik St. Anna fokussiert sich in diesem schweizweiten Pilotprojekt auf Eingriffe am Knie.

Das Swissnoso Pilotprojekt „Intervention zur Prävention postoperativer Wundinfektionen“ beinhaltet folgendes Massnahmenpaket („bundle“):

1. Optimierung der Haarentfernung im Operationssaal
2. Adäquate Hautdesinfektion des Operationsgebietes
3. Optimierung der perioperativen Antibiotikaprophylaxe (Zeitfenster, Gewichtsadaption, Dosis-Wiederholung)

Erkenntnisse: Das Massnahmenpaket wurde am 01.03.2016 bei den Totalendoprothesen am Kniegelenk eingeführt. Bei der Auswertung der Daten bis Ende 2016 zeigten sich bereits sehr gute Ergebnisse bezüglich der Reduktion der postoperativen Wundinfektionen bei Totalendoprothesen am Kniegelenk und bei der Compliance bei den einzelnen Elementen des Massnahmenpakets.

18.1.3 Re-Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015

Projektart: Internes Projekt

Projektziel: Re-Zertifizierung der Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern nach der DIN EN ISO 9001:2015

Projektlauf/Methodik:

Die Anforderungen der Norm wurden den Führungskräften vorgestellt. Mit Unterstützung des Qualitätsmanagements werden die notwendigen Prozesse und Anforderungen der neuen Norm erarbeitet, umgesetzt und überprüft.

Involvierte Berufsgruppen:

Gesamte Klinik.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Safe Check Intervention

Projektart:

Überarbeitung der bestehenden Prozesse und Dokumente

Projektziel:

Einführung des Safe Check Intervention in den Bereichen Radiologie, Endoskopie, Herzkatheterlabor/Angiologie und dem Kinderwunschzentrum zur Erhöhung der Patientensicherheit.

Alle Berufsgruppen der beteiligten Fachabteilungen sind mit den geltenden Richtlinien vertraut und halten diese ein.

18.2.2 Zertifizierung der Zentralen Sterilgutversorgung nach DIN EN ISO 13485

Projektart: Internes Projekt

Projektziel:

Überprüfung und Bestätigung durch ein unabhängiges und akkreditiertes Unternehmen, sodass die Prozesse der ZSVA den hohen Qualitätsansprüchen der DIN EN ISO 13485 entsprechen.

Die Zentrale Sterilgutversorgung der Hirslanden Klinik St. Anna wurde im Januar 2017 erfolgreich durch die Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme (SQS) zertifiziert. Die jährlichen Überwachungsaudits werden im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses durchgeführt.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Re-Zertifizierung Klinik St. Anna

Projektart:

Prozessanpassung zur Integration der revidierten Norm DIN EN ISO 9001.

Projektziel:

Umsetzung erweiterter Qualitätsanforderungen und erfolgreiche Zertifizierung nach der DIN EN ISO 9001:2015.

19 Schlusswort und Ausblick

Für die Hirslanden Klinik St. Anna steht die jederzeit qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten im Zentrum ihrer Aktivitäten.

Deshalb arbeiten wir kontinuierlich daran:

- unser Wissen auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand zu halten
- eine apparative Ausstattung auf höchstem technologischem Niveau anzubieten
- unsere Mitarbeitenden zu motivieren und qualifizieren
- eine messbar hohe Ergebnisqualität zu erreichen

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 |
| Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie) |
| Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen |
| Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie) |
| Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen) |
| Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung |
| Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie |
| Kieferchirurgie |
| Nerven chirurgisch (Neurochirurgie) |
| Neurochirurgie |
| Spezialisierte Neurochirurgie |
| Nerven medizinisch (Neurologie) |
| Neurologie |
| Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems |
| Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten) |
| Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit) |
| Epileptologie: Komplex-Diagnostik |
| Hormone (Endokrinologie) |
| Endokrinologie |
| Magen-Darm (Gastroenterologie) |
| Gastroenterologie |
| Spezialisierte Gastroenterologie |
| Bauch (Viszeralchirurgie) |
| Viszeralchirurgie |
| Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM) |
| Grosse Lebereingriffe (IVHSM) |
| Oesophaguschirurgie (IVHSM) |
| Bariatrische Chirurgie |
| Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM) |

| |
|--|
| Blut (Hämatologie) |
| Aggressive Lymphome und akute Leukämien |
| Indolente Lymphome und chronische Leukämien |
| Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome |
| Gefässe |
| Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell) |
| Interventionen periphere Gefässe (arteriell) |
| Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe |
| Interventionen intraabdominale Gefässe |
| Gefässchirurgie Carotis |
| Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe |
| Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke) |
| Interventionen intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke) |
| Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik) |
| Herz |
| Kardiologie (inkl. Schrittmacher) |
| Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) |
| Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe) |
| Elektrophysiologie (Ablationen) |
| Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT) |
| Nieren (Nephrologie) |
| Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen) |
| Urologie |
| Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Radikale Prostatektomie |
| Radikale Zystektomie |
| Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion) |
| Isolierte Adrenalektomie |
| Plastische Rekonstruktion der Urethra |
| Lunge medizinisch (Pneumologie) |
| Pneumologie |
| Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie |
| Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie) |
| Thoraxchirurgie |
| Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie) |
| Mediastinaleingriffe |
| Bewegungsapparat chirurgisch |
| Chirurgie Bewegungsapparat |
| Orthopädie |
| Handchirurgie |
| Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens |
| Arthroskopie des Knies |
| Rekonstruktion obere Extremität |
| Rekonstruktion untere Extremität |
| Wirbelsäulenchirurgie |
| Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie |
| Knochentumore |

| |
|--|
| Plexuschirurgie |
| Rheumatologie |
| Rheumatologie |
| Interdisziplinäre Rheumatologie |
| Gynäkologie |
| Gynäkologie |
| Maligne Neoplasien der Zervix |
| Maligne Neoplasien des Corpus uteri |
| Maligne Neoplasien des Ovars |
| Maligne Neoplasien der Mamma |
| Geburtshilfe |
| Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und \geq 2000g) |
| Geburtshilfe (ab 32. Woche und \geq 1250g) |
| Neugeborene |
| Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und \geq 2000g) |
| Neonatologie (ab 32. Woche und \geq 1250g) |
| Strahlentherapie (Radio-Onkologie) |
| Onkologie |
| Radio-Onkologie |
| Nuklearmedizin |

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**).