

HIRSLANDEN

KLINIK STEPHANSHORN



Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2018
Andrea Rütsche, Direktorin

Version 1

Hirslanden, Klinik Stephanshorn

www.hirslanden.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 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
Rahel Simmen
Leitung Qualitätsmanagement
071 282 76 63
rahel.simmen@hirslanden.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualittsmassnahmen 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 Pilotspitler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swissnoso 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 Mortalittskonferenzen (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 Qualittsberichtsvorlage 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](#)) hnlich 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 Grsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 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 kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	13
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	14
4.5 Registerübersicht	15
4.6 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	17
Befragungen	18
5 Patientenzufriedenheit	18
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	18
5.2 Beschwerdemanagement	19
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	20
7.1 Eigene Befragung	20
7.1.1 Gallup-Befragung	20
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	21
9 Wiedereintritte	21
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	21
10 Operationen	22
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	22
11 Infektionen	23
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	23
12 Stürze	25
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	25
13 Wundliegen	26
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	26
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
17	28
17.1 Weitere eigene Messungen	28

17.1.1	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	28
17.1.2	Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)	28
17.1.3	Device assoziierte Katheter	29
18	Projekte im Detail	30
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	30
18.1.1	Vorbereitung auf ein einheitliches Projektmanagementsystem (PMS)	30
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	31
18.2.1	Überarbeitung und Neuschulung Transfusionsmanagement.....	31
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	32
18.3.1	ISO 9001:2015	32
18.3.2	Selbstbewertung EFQM	32
19	Schlusswort und Ausblick	33
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		34
Akutsomatik		34
Anhang 2		
Herausgeber		37

1 Einleitung

Hirslanden Klinik Stephanshorn

Medizin auf hohem Niveau

Die Hirslanden Klinik Stephanshorn positioniert sich als privatrechtlich geführtes Spital für akute und elektive Medizin mit höchstem Qualitätsanspruch. Das Konzept des Belegarztsystems ermöglicht ein umfassendes und erstklassiges medizinisches Leistungsangebot. Da die Klinik ausschliesslich erfahrene Fachärzte akkreditiert, wird eine optimale medizinische Betreuung gewährleistet.

Dieses Angebot nutzen jährlich rund 6'500 stationäre Patientinnen und Patienten und in der Wochenbettabteilung erblicken gegen 800 Kinder pro Jahr das Licht der Welt.

Die Klinik hat einen Leistungsauftrag des Kantons St. Gallen und steht mit über 50 Leistungsgruppen auf der kantonalen Spitalliste. Somit trägt die Hirslanden Klinik Stephanshorn mit ihrem Angebot zur Grundversorgung der Bevölkerung bei.

Highlights aus dem Klinikjahr 2017:

01.2017 Inbetriebnahme zwei zusätzlicher Operationssäle

03.2017 Rezertifizierung des Brustzentrums Stephanshorn durch die Krebsliga Schweiz und die Schweizerischen Gesellschaft für Senologie

07.2017 Inbetriebnahme des renovierten Klinikempfangs und Wartebereich Eröffnung der Schmerztherapie Stephanshorn im Gesundheitszentrum

08.2017 Inbetriebnahme Überwachungsraum in der Gebärabteilung

10.2017 Umzug und Inbetriebnahme der renovierten Räumlichkeiten der Physiotherapie Stephanshorn

11.2017 Inbetriebnahme

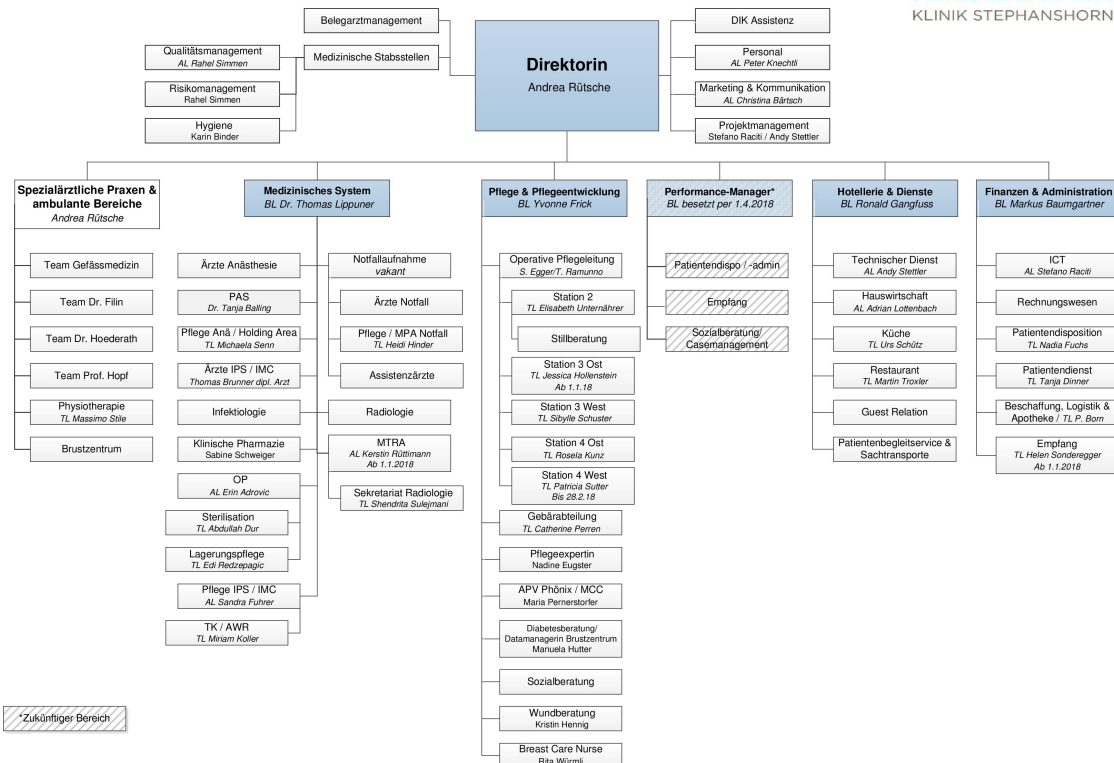
- Operationsroboter Da Vinci
- BrainLab Navigationssystem

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Gültigkeit per 18. Dezember 2017

HIRSLANDEN
KLINIK STEPHANSHORN


Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **160** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

Frau Rahel Simmen
Leitung Qualitätsmanagement und
Risikomanagement
Hirslanden, Klinik Stephanshorn
071 282 76 63
rahel.simmen@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätspolitik von Hirslanden

- Patienten, Ärzte, Mitarbeiter und Partner wählen Hirslanden, weil sie vom umfassenden Qualitätsmanagement der Gruppe profitieren wollen.
- Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels „Hirslanden positioniert sich als führender Leistungsanbieter im Zusatzversicherungssegment und differenziert sich im Markt über Qualitätsführerschaft“ ausgerichtet.
- Hirslanden stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.
- Hirslanden setzt ein umfassendes Risikomanagement um, dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement.
- Hirslanden verpflichtet sich der kontinuierlichen Verbesserung (KVP), unterstützt durch Transparenz und Benchmarking und stellt sich den nach dem KVG vorgegebenen Qualitätsvergleichen.
- Durch die konsequente Nutzung der Synergien innerhalb der Kliniken setzt Hirslanden Standards im Qualitätsmanagement in der Schweizer Spitallandschaft.

Die Umsetzung der Qualitätspolitik wird durch den bestehenden Hirslanden Qualitätsentwicklungsplan unterstützt.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Patientensicherheit - Korrekte Patientenidentifikation

Ein Schwerpunkt rund um Patientensicherheit war das Thema Patientenidentifikation.

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

Sicherheit im Umgang mit Blutprodukten

Der Transfusionsmanagementprozess wurde in der Verantwortung an eine neue Person übertragen. In enger Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagement und der Pflege wurde der Prozess überarbeitet und in einer vereinfachten Form optisch dargestellt. Des weiteren wurde viel in Schulungen und Refresher investiert und Transfusionsmanagement wird auch in Zukunft ein Thema bleiben, das zu den regelmässigen Refresherschulungsprogrammen gehört.

Schmerzvideo und Schmerzkarte

Für einen sicheren Umgang mit Schmerzpatienten wurde durch die neue Ärztin (Neurochirurgin) und ihr Team ein Schulungsvideo und eine Pocketcard zum Thema Schmerz / Schmerztherapie erstellt. Alle Mitarbeitenden, welche in der Pflege mit dem Patienten arbeiten, wurden an einer obligatorischen Schulung auf das Thema sensibilisiert und weitergebildet.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Patientensicherheit - Korrekte Patientenidentifikation

Eine Sensibilisierung konnte bei den Mitarbeitenden erreicht werden. Das Thema muss weiterhin stets präsent bleiben und wird in Stichproben auch weiterhin überprüft.

Sicherheit im Umgang mit Blutprodukten

Mit dem neuen Prozess und der neuen Verantwortlichkeit darin im Bezug auf das Thema "Umgang mit Blutprodukten" ein Fortschritt erzielt werden. Das Thema ist präsenter in der Klinik, der Umgang gesichert und intern können dank Auswertungen Optimierungen im Umgang mit Blutprodukten angestrebt werden.

Vorbereitung auf ISO 9001:2015

Hinsichtlich der Zertifizierung anfangs 2018 wurde im Jahr 2017 der Fokus in den internen Audits auf die neue ISO-Norm gelegt und die Mitarbeitenden auf die neuen Themen vorbereitet. Dank der EFQM-Zertifizierung, welche die Klinik Stephanshorn seit 2015 hat, waren einige der neuen Themen nicht unbekannt und wurden einfach integriert.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

ISO 9001:2015

Anfangs 2018 steht die Zertifizierung nach der neuen ISO-Norm an. Die Vorbereitungen mit den internen Audits liefen bereits im Kalenderjahr 2017.

Patientensicherheit

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

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

Vorbereitung für das gruppenweite Projekt "Einheitliches Prozessmanagement"

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

Selbstassessment EFQM

In einem Selbstassessment möchte die Klinik ihren aktuellen Stand bei EFQM ermitteln. Dies mit dem Ziel, in den nächsten Jahren eine erneute Fremdbewertung durch EFQM-Assessoren durchführen zu lassen.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
Mitarbeiterzufriedenheit
▪ Gallup-Befragung

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
▪ Stürze (andere als mit der Methode LPZ) ▪ Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ) ▪ Device assoziierte Katheter

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Prozess Umgang mit Blutprodukten

Ziel	Vereinfachung und Schulung der Prozessschritte für den Mitarbeitenden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Winter bis Herbst 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Der Prozess war bis anhin schwer lesbar und kompliziert dargestellt. Ausserdem wurde festgestellt, dass viele Meldungen zu Transfusionsreaktionen nicht abgesetzt werden, da der Prozess unbekannt oder zu kompliziert war.
Methodik	Prozessüberarbeitung im Kleinteam, Schulung aller Mitarbeitenden
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeitenden, welche im Prozess "Umgang mit Blutprodukten" involviert sind
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Anzahl der Fehler konnte bereits nach kurzer Zeit reduziert werden und die Meldefrequenz über Transfusionsreaktionen stieg nach der Schulung darüber gewollt an.

Patientensicherheit

Ziel	Konzeptumsetzung und weitere Steigerung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche, welche mit Patienten arbeiten
Projekte: Laufzeit (von...bis)	gesamtes Jahr
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Das Thema Patientensicherheit beinhaltet viele Unterkonzepte. Jährlich wird mind. ein Schwerpunkt definiert, um im Bereich Patientensicherheit konstant ein hohes Niveau halten zu können.
Evaluation Aktivität / Projekt	Jährlich wird das gruppenweite Konzept überprüft und mit einem Bericht abgeschlossen. Der Erfüllungsgrad des Konzeptes zeigt auf, dass im Bereich der Patientensicherheit viele Ressourcen investiert werden und die Sicherheit in der Klinik einen sehr hohen Stellenwert hat.

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.

Bemerkungen

Das CIRS ist in der Klinik bereits seit langem implementiert. Im November 2012 wurden gezielte interne Weiterbildungen angeboten und alle Mitarbeitenden geschult.

Seit diesem Zeitpunkt ist CIRS an jedem Einführungstag neuer Mitarbeitenden ein fester Bestandteil und wird allen näher gebracht. Intern finden laufend Besprechungen zu CIRS-Themen während den einzelnen Teamsitzungen statt.

Es wurde ein Kurzvideo zum Thema "Was ist CIRS?" erstellt, welches sowohl für neue wie auch für langjährige Mitarbeitende zugänglich ist, resp. auch am Einführungstag gezeigt wird.

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

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

Der hirslandenweit vorgegebene Zielwert, 3% CIRS-Meldungen (Anzahl Fälle in Bezug auf die Patientenzahlen) konnte im Jahr 2017 übertroffen werden.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

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

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und 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.initiative-qualitaetsmedizin.de/qr/applet/e229bf5614d115dc434244adbf3286919ff0b213/> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Bemerkungen

In der Klinik Stephanshorn fand noch kein Peer Review statt, was an sich sehr gut ist, da dies bedeutet, dass keine Abweichungen bekannt sind.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2013
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2013
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2013
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
KR SGA Krebsregister St. Gallen-Appenzell	Alle	krebsliga-sg.ch	2009
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	2012
Med. Stat. Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	2012

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2008	gesamte Klinik	2012	2015	Im 2018 Wechsel auf die neue Norm 9001:2015
ISO 9001:2015	gesamte Klinik	2018	---	
EFQM Recognised for excellence 4 star	gesamte Klinik	2015	2015	
Brustzentrum Qualitätslabel der schweiz. Krebsliga (SGS)	Brustzentrum	2013	2017	In Zusammenarbeit mit dem ZeTuP SG
Anerkennung der Intensivstation	Anerkennung durch SGI	2014	2014	

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%)
Hirslanden, Klinik Stephanshorn	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.29 (4.20 - 4.39)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.61 (4.51 - 4.71)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.65 (4.56 - 4.74)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.46 (4.33 - 4.58)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.17 (4.06 - 4.29)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	95.00 %

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	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	547		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	251	Rücklauf in Prozent	46 %

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden, Klinik Stephanshorn

Qualitätsmanagement

Beschwerdemanagement

Rahel Simmen

Leitung Qualitätsmanagement

071 282 76 63

rahel.simmen@hirslanden.ch

Mo - Fr, 07.30-12.00 / 13.00 - 16.30 Uhr

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Gallup-Befragung

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

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

Im November 2017 fand die Mitarbeiterbefragung mit der Firma Gallup bereits zum dritten Mal statt. Vergleiche können daher gezogen werden und Massnahmen individuell pro Team definiert werden.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.

Alle Mitarbeitenden der Klinik Stephanshorn wurden befragt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

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

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist 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

Aufgrund der geänderten Ergebnisausweise des ANQs können die Ergebnisse für die beobachtete Rate (intern und extern) nicht ausgewiesen werden (Neue Ergebnisausweise sind: global beobachtete Rate und Anteil externer Rehospitalisationen in %).

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

Es sind keine aktuellen Daten vorhanden

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)
▪ Magenbypassoperationen
▪ Wirbelsäulenchirurgie (mit Implantat)

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	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	40	5	0.00%	10.70%	13.60%	16.50% (5.00% - 28.00%)
Magenbypassoperationen	194	4	0.00%	1.10%	1.10%	1.30% (0.00% - 2.90%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn						
Wirbelsäulenchirurgie (mit Implantat)	365	12	-	-	-	3.50% (1.60% - 5.40%)

* 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.

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

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

	2014	2015	2016	2017
Hirslanden, Klinik Stephanshorn				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	0	1	
In Prozent	0.00%	0.00%	1.40%	-

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, 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	- Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. - Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. - Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

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

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

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Hirslanden, Klinik Stephanshorn						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	2		-

** 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	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	▪ Alle stationären Patienten ≥ 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	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

17

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Alle Stürze werden systematisch erfasst und ausgewertet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Alle Patienten-Stürze während dem Klinikaufenthalt werden erfasst.

Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten:

2017: 85 Stürze (Basis Mitternachtszensus, Anteil 0.28%)

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

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

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	IQIP
Methode / Instrument	IQIP

17.1.2 Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)

Alle Dekubiti werden in der Klinik systematisch erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

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

Anzahl tatsächlicher Dekubiti:

2017: 69 Dekubiti (Anteil 0.23% auf Basis Mitternachtszensus) davon 30 Spannungsblasen (Anteil 0.10%)

2016: 49 Dekubiti (Anteil 0.15% auf Basis Mitternachtszensus) davon 37 Spannungsblasen (Anteil 0.12%)

2015: 41 Dekubiti (bei 35239 Pflgetagen, Anteil von 0.12%) davon 27 Spannungsblasen (Anteil von 0.08%)

2014: 30 Dekubiti (bei 31353 Pflgetagen, Anteil von 0.09%) davon 22 Spannungsblasen (Anteil von 0.07%)

2013: 54 Dekubiti (bei 28162 Pflgetagen, Anteil von 0.19%) davon 41 Spannungsblasen (Anteil von 0.15%)

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	IQIP
Methode / Instrument	IQIP

17.1.3 Device assoziierte Katheter

Messung der Infektionen durch Katheter auf der Intensivstation

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Einschlusskriterien:

- Harnwegskatheter von mind. 12h bis 7 Tage vor Infektionsdatum
- Zentraler Venenkatheter innerhalb 48h vor Infektionsdatum
- Beatmung innerhalb 48h Infektionsdatum

Ausschlusskriterien: Patienten ausserhalb der Intensivstation

Tatsächliche Anzahl der Infektionen durch Device Katheter:

Device assoziierte Harnwegsinfekt: 0

Device assoziierte Sepsis: 2

Device assoziierte Pneumonie: 0

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Q1

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Vorbereitung auf ein einheitliches Projektmanagementsystem (PMS)

Projektbeschreibung:

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

Projektziel:

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

Der Aufwand zur Pflege des klinikeigenen Prozessmanagementsystems wird verringert.

Projektablauf:

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

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Überarbeitung und Neuschulung Transfusionsmanagement

Durch einen Wechsel in der Verantwortlichkeit in der Rolle als Transfusionsverantwortlicher / Hämovigilance-Verantwortlicher wurde erkannt, dass ein Potential in der Klinik besteht, der Umgang mit Blutprodukten zu optimieren.

Ziel:

Das Ziel war, einen vereinfachten Prozess darzustellen und alle Personen in der Klinik, welche im Prozess Blutmanagement involviert waren, daraufhin zu schulen. Ebenfalls wurde mit dem Projekt das Ziel verfolgt, auswertbare Zahlen zum Thema Blutmanagement vorweisen zu können und diese anschliessend zu evaluieren.

Das Projekt wurde durch den Transfusionsverantwortlichen geführt und wurde von den Mitgliedern der Transfusionskommission mitgetragen und unterstützt.

Fazit:

- Ein neuer, vereinfachter Prozess konnte erstellt und schriftlich dargestellt werden.
- Die Mehrheit der prozessinvolvierten Mitarbeitenden konnte bis zum Ende des Jahres bereits nachweislich geschult werden.
- Eine erste Auswertung über den Verbrauch der Blutprodukte konnte für das Jahr 2017 erstellt werden.

Projektevaluation / Konsequenzen:

- Das Projekt verlief gut und zielorientiert.
- Als Konsequenz aus dem Projekt wurde der Schulungsteil in den quartalsweise durchgeführten Praxistag für neue Mitarbeitenden aufgenommen.
- Mittels einem e-learning-Tool, welches zukünftig benutzt werden kann, können die Refresher-Schulungen vereinfacht durchgeführt und monitorisiert werden.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2015

Projektbeschreibung:

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

Ziel:

Die Zertifizierung mit der neue ISO-Norm bestehen

Zeitlicher Rahmen:

1. Jahreshälfte 2018

Involvierte Berufsgruppen:

Prozesseigner aller Abteilungen, in Begleitung durch das Qualitätsmanagement

18.3.2 Selbstbewertung EFQM

Im Jahr 2018 möchte das Qualitätsmanagement eine Selbstbewertung EFQM durchführen. Dies hinsichtlich einer nächsten Fremdbeurteilung in den kommenden Jahren.

Ziel:

Eine Selbstbewertung EFQM liegt bis Ende 2018 vor.

Methodik:

Selbstbewertung nach EFQM durchführen

Involvierte Personen / Bereiche:

Qualitätsmanagement, Kaderpersonen und vereinzelte Mitarbeitende.

19 Schlusswort und Ausblick

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

Im kommenden Jahr wird das Schwerpunktthema "Medikamentenmanagement und Austrittsmanagement" sein.

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

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe

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

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.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**).