

HIRSLANDEN

KLINIK STEPHANSHORN



Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2019
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 2018.

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. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

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 2018

Frau
Andrea Rütsche
Direktorin
071 282 75 31
andrea.ruetsche@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. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

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



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin 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 2018	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	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 Eigene Messung	22
10.1.1 Interne Erfassung Re-OPS	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 Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
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 Qualitätsmessungen	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	Messung Indikator-Infektionen IPS	29
18	Projekte im Detail	30
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	30
18.1.1	Umsetzung des einheitlichen Projektmanagementsystem (PMS)	30
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	30
18.2.1	Erstellung des Schmerzkonzept und Umsetzung des Schmerzdienstes	30
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	31
18.3.1	ISO 9001:2015 Rezertifizierung 2019	31
18.3.2	Selbstbewertung EFQM 2018/19	31
19	Schlusswort und Ausblick	32
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		33
Akutsomatik		33
Herausgeber		35

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 7'200 stationäre Patientinnen und Patienten und in der Wochenbettabteilung erblicken mehr als 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 2018:

04.2018 Eröffnung des neuen Ärztehaus Schuppis mit Gynäkologie, Wirbelsäulenchirurgie und Pneumologie

07.2018 Die Klinik wird als erstes Spital in der Ostschweiz von Gesundheitsförderung Schweiz mit dem Label «Friendly Work Space ®» zertifiziert

08.2018 Inbetriebnahme O-Arm Navigation für Wirbelsäulenchirurgie

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Qualitätsverantwortliche:
Andrea Rütsche, Direktorin

Verantwortliche für Patientensicherheit und Vertretung MES:
Dr. Tanja Balling

Qualitätsbeauftragte:
Rahel Simmen

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **170** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

Frau Rahel Simmen
Leitung Qualitätsmanagement und
Risikomanagement
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 2018

ISO Zertifizierung 9001:2015:

Im Jahr 2018 wurde die Klinik zum ersten Mal nach der neuen Norm zertifiziert. Dies bedeutete, die neuen Themenschwerpunkte aus der Norm zu erkennen und diese im eigenen Betrieb umzusetzen. Da sich die Norm in einigen Bereichen dem EFQM Model annähert, waren die Neuerungen der Norm für die Klinik überschaubar.

Vorbereitung auf das gruppenweit einheitliche Prozessmanagement:

Durch standardisierte Prozesse in der gesamten Hirslandengruppe wollten wir in der Klinik Stephanshorn bereit eine Vorarbeit darauf leisten. Die Überprüfung aller Dokumente hinsichtlich weiterem Gebrauch wurde in allen Bereichen gestartet. Dies mit dem Ziel, bei der Standardisierung einen Überblick über alle Dokumente und Prozesse zu haben und so die Umstellung etwas zu vereinfachen.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

Der Prozess vom Blutmanagement konnte in allen Bereichen geschult werden und erste Refresher haben auch bereits stattgefunden. Der Prozess konnte weiter optimiert und gefestigt werden.

Das Schmerzkonzept konnte intern bei allen Beteiligten geschult und eingeführt werden. Das entstandene Schmerzteam hat sich etabliert und ist zu einem Mehrwert für alle Patienten, aber auch für die Mitarbeitenden geworden.

Die REKOLE-Zertifizierung konnte erfolgreich durchgeführt werden.

Das BGM-Label (Betriebliches Gesundheitsmanagement) "Friendly Work Space" konnte dank grossem Einsatz aller, erreicht werden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Stetige Weiterarbeit am Thema der Patientensicherheit mit Einbezug der verschiedenen beteiligten Bereichen.

Qualität erhalten, trotz grossen Umstellungen mit dem einheitlichen Prozessmanagement und dem anfänglich daraus entstehenden Mehraufwand.

Wissensmanagement strukturiert aufziehen können dank unterstützenden Tools wie z.B. e-learning oder ähnlichem.

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 Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Gallup-Befragung

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Operationen</i>
▪ Interne Erfassung Re-OPS
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
▪ Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
▪ Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)
▪ Messung Indikator-Infektionen IPS

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Erstellung des Schmerzkonzept und Umsetzung des Schmerzdienstes

Ziel	Einheitlicher, sicherer und verbesserter Umgang bei Schmerzpatienten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Dank einer spezialisierten Fachärztin für Schmerztherapie konnte dem Thema ein grosses Gewicht zugesprochen werden.
Methodik	Konzept und Guidelines wurden erstellt, Schmerzpumpen wurden angeschaffen
Involvierte Berufsgruppen	Fachärztin Schmerztherapie, Anästhesisten, Team des Schmerzdienstes
Evaluation Aktivität / Projekt	Der Mehrwert des Schmerzdienstes konnte schnell erkannt werden. Die Patientenrückmeldungen waren positiv und ein einheitlicher Umgang mit dem Thema Schmerz konnte erreicht werden.
Weiterführende Unterlagen	Als unterstützende Hilfsmittel wurden für die Mitarbeitenden ein Schulungsvideo und eine Pocket-Schmerzkarte für den Alltag erstellt.

HIT 2020 (Strategieprojekt)

Ziel	Standardisierte Tools und Prozesse in allen Hirsländenklinken der Schweiz
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018 - 2020
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Konzernvorgabe
Methodik	Projektablauf mit Projektleitung intern und seitens des Konzerns
Involvierte Berufsgruppen	alle Führungspersonen
Evaluation Aktivität / Projekt	laufendes Projekt, mit regelmässigen Zwischenauswertungen und Statusberichten

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 im Jahr 2012 ein CIRS 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. Dank der verschiedenen Fachpersonen im CIRS-Gremium (Ärzte, Pflege, Administration, etc) können die Fälle aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden und Lösungen werden gemeinsam gesucht.

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
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	2012
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2013
Med. Stat. Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	2012
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2013
KR SGA Krebsregister St. Gallen-Appenzell	Alle	krebssliga-sg.ch	2009

4.6 Zertifizierungsübersicht

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

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 erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
Hirslanden, Klinik Stephanshorn		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.29	4.22 (4.10 - 4.34)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.61	4.72 (4.60 - 4.85)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.65	4.67 (4.55 - 4.78)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.46	4.48 (4.32 - 4.63)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.17	4.13 (3.98 - 4.28)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	95.00	89.55 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		305
Anzahl eingetreffener Fragebogen	145	Rücklauf in Prozent 48 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse sind alle in einem ähnlichen Bereich wie in den Vorjahren. Kleine Schwankungen sind immer möglich und so ist es auch dieses Jahr so, dass in drei Bereichen der Wert leicht angestiegen ist und in drei Bereichen eine leichte Senkung des Wertes ersichtlich ist. Die Abweichungen sind aber gering und lösen keine direkten Massnahmen aus. Dies auch, weil in der Klinik Stephanshorn eine permanente Patientenbefragung durchgeführt und so direkt versucht, Optimierungen zu schaffen, wenn daraus Unzufriedenheiten erkennbar werden.

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 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

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. Die Befragung wird jährlich durchgeführt mit anschliessenden Massnahmendefinitionen um in den Bereichen, in denen der Wert verbessert werden sollte, einen Fortschritt zu erreichen.

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

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017
Hirslanden, Klinik Stephanshorn			
Anteil externer Rehospitalisationen	17.51%	17.27%	14.89%
Verhältnis der Raten*	0.79	1.1	1.1
Anzahl auswertbare Austritte:	5483		

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Durch die regelmässigen internen Auswertungen der Re-Hospitalisationen ist diese Kennzahl monatlich ein Thema und wird ebenfalls mit den Ärzten besprochen. Der Wert bleibt im Verhältnis der Raten unverändert zum Vorjahr.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

10 Operationen

10.1 Eigene Messung

10.1.1 Interne Erfassung Re-OPS

Alle Reoperationen werden intern erfasst, analysiert und wo möglich und nötig Massnahmen definiert und umgesetzt.

Die Ergebnisse werden konzernweit verglichen und dargestellt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Alle Chirurgischen Patienten

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Da es ein internes Instrument und interne Vergleiche beinhaltet, verzichtet der Betrieb auf eine Veröffentlichung der Ergebnisse.

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)	
▪ Wirbelkörperarthrodesen (Spondylodese)	

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	62	4	10.70%	13.60%	16.50%	7.70% (1.10% - 14.40%)
Magenbypassoperationen	243	0	1.10%	1.10%	1.30%	0.00% (0.00% - 1.50%)

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

Ergebnisse der Messungen des 1. Oktober 2016 bis 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						
Wirbelsäulenchirurgie (mit Implantat)	51	3	-	-	3.50%	10.50% (2.10% - 18.90%)
Wirbelkörperarthrodesen (Spondylodese)	178	6	-	-	-	3.60% (0.80% - 6.30%)

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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

	2015	2016	2017	2018
Hirslanden, Klinik Stephanshorn				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	1	1	0
In Prozent	0.00%	1.40%	1.50%	0.00%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	76	Anteil in Prozent (Antwortrate)		82.60%

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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
Hirslanden, Klinik Stephanshorn						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	2	1	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	2	0	0	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018	76	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			82.60%	

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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 Weitere Qualitätsmessungen

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Alle Stürze werden systematisch erfasst und ausgewertet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Alle Patienten-Stürze während dem Klinikaufenthalt werden erfasst.

Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten:

2018: 80 Stürze (Basis Mitternachtszensus, Anteil 0.24%)

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

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

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

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

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

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 2018 durchgeführt.

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

Anzahl tatsächlicher Dekubiti:

2018: 77 Dekubiti (Anteil 0.22% auf Basis Mitternachtszensus) davon 56 Spannungsblasen (Anteil 0.18%)

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 Pflegetagen, Anteil von 0.12%) davon 27 Spannungsblasen (Anteil von 0.08%)

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

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	IQIP
Methode / Instrument	IQIP

17.1.3 Messung Indikator-Infektionen IPS

Messung der Infektionen durch Katheter auf der Intensivstation

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Einschlusskriterien:

- Harnwegsinfekt: mind. 48h auf der Intensivstation
- Primäre Sepsis: ind. 48h auf der Intensivstation
- Infektion der unteren Atemwege: mind. 48h auf der Intensivstation

Ausschlusskriterien: Patienten ausserhalb der Intensivstation

Tatsächliche Anzahl des Indikators Infekte:

Harnwegsinfekt: 0.94%

Sepsis: 0 %

Untere Atemwege: 0%

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Internationales Auswertungsinstitut: NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Berlin)
Methode / Instrument	KISS ITS

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Umsetzung des einheitlichen Projektmanagementsystem (PMS)

Projektbeschreibung:

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

Projektziel:

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

Der Aufwand zur Pflege des klinikeigenen Prozessmanagementsystems wird verringert.

Projektablauf:

- Vorarbeiten, um ein aktuelles bisheriges Projektmanagementsystem inhouse sicherstellen zu können.
- Gap-Analyse zwischen den neuen Standardprozessen und den eigenen Prozessen
- Schulung der Mitarbeitenden

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Erstellung des Schmerzkonzept und Umsetzung des Schmerzdienstes

Die Einführung des Schmerzkonzepts und des Schmerzdienstes in der Klinik Stephanshorn konnte erfolgreich eingeführt werden. Es bietet für den Patienten einen Mehrwert und Sicherheit, wenn bei Schmerzthematiken der Schmerzdienst beigezogen werden kann und neuste Mittel und Wissen zur Verfügung stehen, um die bestmögliche Therapie anzubieten.

Ebenfalls war es für die Mitarbeitenden ein Mehrwert, das Wissen in diesem Thema aufbessern zu können und im Alltag nun direkte Unterstützung und Ansprechpersonen zum Thema Schmerz zu haben.

Die Einführung des Schmerzkonzepts und des Schmerzdienstes kann als erfolgreich benannt werden, wenn auch weiterhin kleinen Prozessoptimierungen einfließen werden.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2015 Rezertifizierung 2019

Projektbeschreibung:

Im Februar 2018 fand 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. Dies konnte erfolgreich bestanden werden. Für das Jahr 2019 steht die Re-Zertifizierung an, welche wiederum angegangen werden muss.

Ziel:

Die Re-Zertifizierung mit der neue ISO-Norm bestehen

Zeitlicher Rahmen:

1. Jahreshälfte 2019

Involvierte Berufsgruppen:

Prozesseigner aller Abteilungen, in Begleitung durch das Qualitätsmanagement

18.3.2 Selbstbewertung EFQM 2018/19

Im Geschäftsjahr 2018/19 möchte das Qualitätsmanagement eine Selbstbewertung EFQM durchführen. Dies hinsichtlich einer nächsten Fremdbeurteilung in den kommenden Jahren.

Ziel:

Eine Selbstbewertung EFQM liegt bis Ende 2019 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)
Kraniale Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
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)
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 (**FKQ**), 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.spitalinfo.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**).