

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+



Freigabe am: 25.06.2019
Durch: Andrea Rytz, Direktorin, CEO

Version 1

Schulthess Klinik

www.schulthess-klinik.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 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

Herr
Hans-Jürgen Pflaum
Abteilungsleitung Qualitätsmanagement
044 385 79 29
hans-juergen.pflaum@kws.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 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	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	12
4.5 Registerübersicht	13
4.6 Zertifizierungsübersicht	14
QUALITÄTSMESSUNGEN	15
Befragungen	16
5 Patientenzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
6 Angehörigenzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit	16
8.1 Eigene Befragung	16
8.1.1 hcri AG Zuweiserbefragung	16
Behandlungsqualität	18
9 Wiedereintritte	18
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	18
10 Operationen	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
11 Infektionen	19
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	19
11.2 Eigene Messung	21
11.2.1 Kontinuierliche interne Infekterfassung	21
12 Stürze	22
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	22
12.2 Eigene Messung	23
12.2.1 Kontinuierliche interne Sturzerfassung	23
13 Wundliegen	24
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	24
13.2 Eigene Messungen	26
13.2.1 Kontinuierliche interne Dekubituserfassung	26
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
15 Psychische Symptombelastung	
Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	

	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17	Weitere Qualitätsmessung	28
17.1	Weitere eigene Messung	28
17.1.1	Kontinuierliche interne Sturzerfassung	28
18	Projekte im Detail	29
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	29
18.1.1	Lean Management Pflegedienst	29
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	30
18.2.1	Klinische Fachspezialistin	30
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	31
18.3.1	Zertifizierung nach ISO 9001:2015	31
18.3.2	Prästationäres Ambulatorium	31
19	Schlusswort und Ausblick	32
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		33
Akutsomatik		33
Herausgeber		34

1 Einleitung

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

Die Schulthess Klinik in Zürich ist eine der führenden orthopädischen Kliniken Europas mit 1294 Mitarbeitenden. Ihr zentrales Anliegen ist es, Menschen von ihren Schmerzen zu befreien und ihre Mobilität wiederherzustellen. Die Klinik ist offen für Allgemein- und Zusatzversicherte.

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

Die herausragende Fachkenntnis und die stark ausgeprägten Synergien zwischen den einzelnen Fachbereichen machen die Schulthess Klinik zu einer modernen, zukunftsfähigen Institution mit internationaler Ausstrahlung. Mit 23'112 Einzeleingriffen und 7'909 stationären Patienten im 2018 erbringt sie den Nachweis höchster Effektivität.

Die Schulthess Klinik ist Swiss Olympic Medical Center.

Wilhelm Schulthess-Stiftung

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

Qualitätsbericht

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

Jahresbericht

Unser Jahresbericht 2018 ist ab Juli 2019 auf der Microsite: jahresbericht.schulthess-klinik.ch einzusehen. Ebenso besteht die Möglichkeit den Print Jahresbericht bei uns zu erhalten – zögern Sie nicht uns zu kontaktieren, wir lassen Ihnen gerne ein Exemplar zukommen.

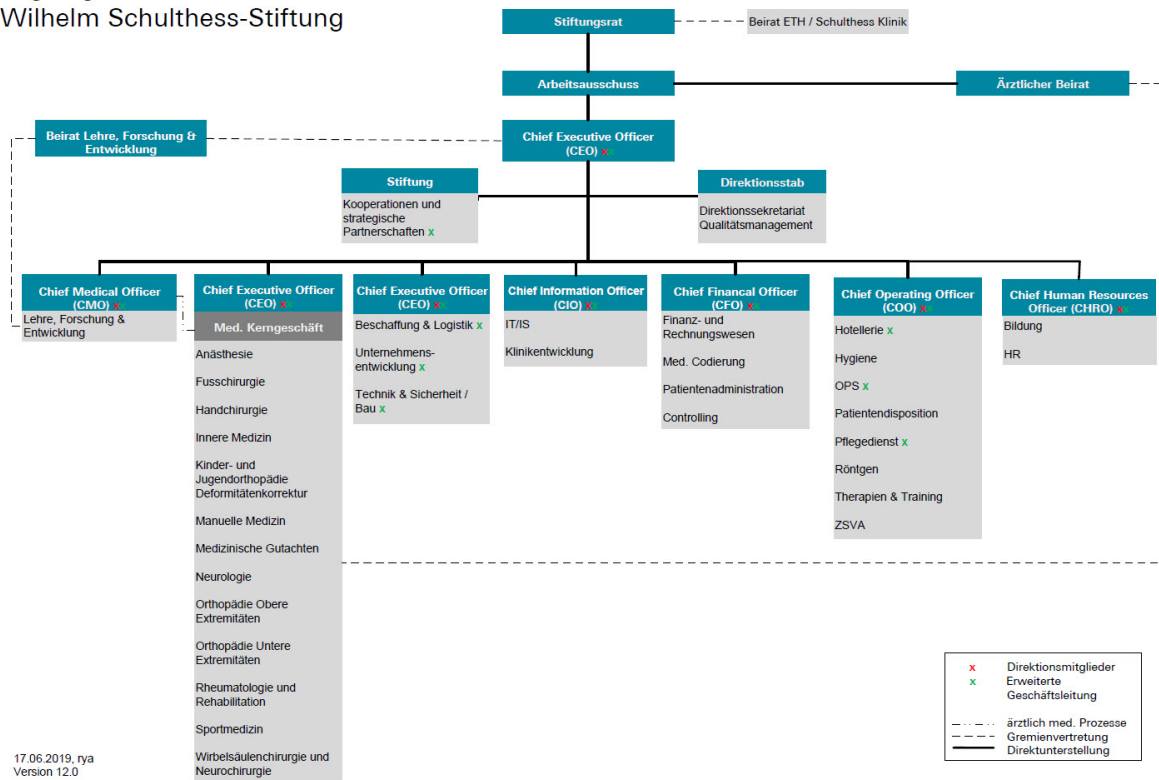
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm

Wilhelm Schulthess-Stiftung



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

Herr Prof. Dr. med. Michael Leunig
CMO/ Chefarzt Hüft- und Kniechirurgie, CMO
044 385 7312
Michael.Leunig@kws.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätspolitik

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

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

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

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

Die Schulthess Klinik setzt ein umfassendes Risikomanagement um.

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

Die hohe Fachkompetenz unserer Mitarbeitenden wird gezielt gefördert, da sie unser grösstes Gut ist.

Damit gewährleisten wir die hohe Qualität unserer Leistungen.

Qualitätsziele

Ein klinikübergreifendes Qualitätsmanagementsystem ist implementiert und wird gelebt.

Unsere Prozesse werden systematisch und regelmässig auditiert.

Der kontinuierliche Verbesserungsprozess ist Bestandteil unseres täglichen Handelns.

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

Der Kunde steht im Zentrum unseres Handelns.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

1. Jahresthema im Bereich "Arbeitssicherheit & Gesundheitsschutz"

1.1. Kampagne **GRiP** (Gesunder Rücken in der Pflege)

2. Lean Management/ Pflegedienst

3. Prästationäres Ambulatorium/ Pflegedienst

4. Klinische Fachspezialistin

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

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

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Q-Themen, die uns im 2019 beschäftigen werden:

1. Re-Zertifizierung nach ISO 9001:2015
2. Lean Management Pflegedienst/ Physiotherapie/ OP
3. Optimized (Rapid) Recovery
4. Abschluss Projekt GRiP
5. Umgang mit Alkohol und Drogen; Jahreskampagne 2019 H+
6. "Am Steuer Nie", Fachstelle ASN (Alkohol- und Drogenprävention im Strassenverkehr)

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 Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Bemerkungen

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ hcri AG Zuweiserbefragung

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

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2015 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.

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

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2015	ganze Klinik, inklusiv Aussenstationen Bad Zurzach und Kloten	2017	2018	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 hcri AG Zuweiserbefragung

Entwicklung der Zusammenarbeit Schulthess Klinik - Zuweiser.

Bedürfnisse der Zuweiser erfassen (Anmeldetools/ Berichtswesen/ Infrastruktur usw.)

Auswertung interner Vergleich der Jahre 2018/2014/2010.

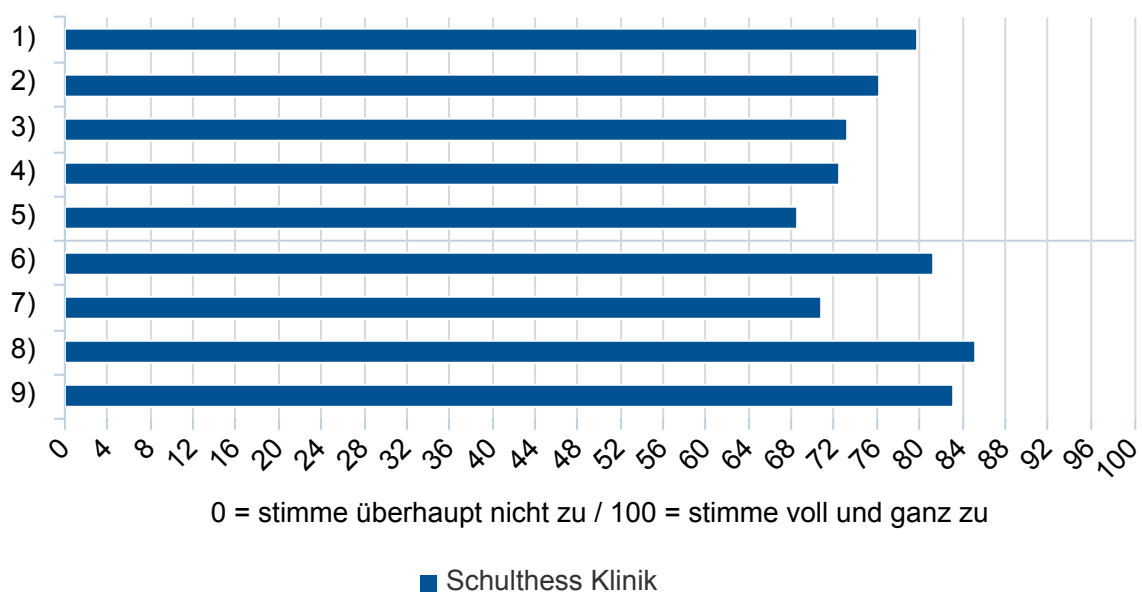
Diese Zuweiserbefragung haben wir vom Sep bis Nov durchgeführt.

Zufriedenheitsmessung mit allen Bereichen der Schulthess Klinik Ausnahme bildet der Bereich Innere Medizin und Anästhesie) Auswertung interner Vergleich der Jahre 2018/2014/2010

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Dieses Spital wendet moderne medizinische Behandlungsmethoden an
- 2) Spital geniesst einen sehr guten Ruf
- 3) Ich würde dieses Spital meinen Angehörigen/meinem besten Freund empfehlen
- 4) In diesem Spital ist man als Patient gut aufgehoben
- 5) Austrittsberichte liegen mir immer unaufgefordert vor
- 6) Die ausführlichen Austrittsberichte sind fachlich kompetent
- 7) Die Spitalärzte geben mir plausible Empfehlungen für die weitere Behandlung
- 8) Auftreten der Ärzte der Fachabteilung/ Vertrauensintervall
- 9) Qualitativ hochwertige Versorgung



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Schulthess Klinik	79.80	76.20	73.30	72.40	68.60

Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Fragen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)	9)		
Schulthess Klinik	81.30	70.80	85.20	83.10	246	24.80 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	PEQ

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)	2014	2015	2016	2017
Schulthess Klinik				
Anteil externer Rehospitalisationen	-	0.40%	1.34%	1.34%
Verhältnis der Raten*	0.72	0.61	1.87	0.72
Anzahl auswertbare Austritte:				6780

* 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/.

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.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 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	
Schulthess Klinik						
Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)	225	0	0.60%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 1.60%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Schulthess Klinik						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	795	5	0.80%	0.60%	0.63%	0.63% (0.00% - 0.80%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	736	1	0.00%	0.40%	0.14%	0.14% (0.00% - 0.80%)

* 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.

11.2 Eigene Messung

11.2.1 Kontinuierliche interne Infekterfassung

Messung:

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

Ziel:

Bei ansteigenden Infektraten frühzeitiges Intervenieren möglich

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Sie bezieht sich auf den stationären Bereich.

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
Schulthess Klinik				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	3	1	0	1
In Prozent	3.20%	0.80%	0.00%	1.00%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	100	Anteil in Prozent (Antwortrate)		100.00%

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

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

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Kontinuierliche interne Sturzerfassung

„Stürze stellen im Spitalbereich aufgrund ihrer Häufigkeit und ihren physischen, psychologischen und sozialen Konsequenzen ein bedeutendes klinisches und ökonomisches Problem dar. Stürze sind als relevante und komplexe klinische Herausforderung, beeinflusst durch vielfältige Ursachen und Faktoren, zu verstehen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004).

Ziele:

1. Gründe für Stürze analysieren und entsprechende Massnahmen einleiten
2. Sturzereignisse reduzieren

Messung:

Die kontinuierliche Sturzerfassung findet über das interne Meldeportal HCIRS statt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Bettenstationen

Einschlusskriterien:

Alle stationären Patienten

Alle ambulanten Patienten (neu ab 2017)

Ausschlusskriterien:

Es sind keine Ausschlusskriterien definiert

Ergebnisse:

1.32 Stürze pro 1000 Pflgetage (Schulthess Klinik ZH & Aussenstation Bad Zurzach)

Nationaler Durchschnitt Akutspitäler: 4.8 Stürze pro 1000 Pflgetage

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hausintern
Methode / Instrument	HCIRS Meldeportal

13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen 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		
Schulthess Klinik						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	5	3	0	0.00%
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018		Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			-	

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/.

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

Begründung

Bei der Nationalen Prävalenzmessung am 13. November 2018 wurde kein Dekubitus (Prävalenz 0.0%) erfasst. Irrtümlicherweise wurden am Stichtag die Spannungsblasen ausgeschlossen. Somit ist die Prävalenz weder vergleichbar mit den anderen Jahren noch mit den nationalen Ergebnissen (gleicher Spitaltyp). In den Jahren 2012 bis 2017 wurden die Spannungsblasen erfasst.

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.

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Kontinuierliche interne Dekubituserfassung

Ziele:

Gründe für Dekubitis analysieren und entsprechende Massnahmen einleiten

Dekubiti reduzieren

Messung:

Kontinuierliche Dekubituserfassung über internes Meldeportal

Fallzahlen aus der Med. Codierung (neu ab 2017)

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

alle Bettenabteilungen

Einschlusskriterien:

Alle stationären Patienten

Ausschlusskriterien:

Extern erworbene Dekubiti werden nicht erfasst.

Ergebnisse:

139 dokumentierte Dekubiti, davon 110 Spannungsblasen (79.1 %) auf 7'909 stationäre Patienten

Haupteinflussfaktor:

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Wertekriterien der Ergebnisse:

Fachrichtung

Grad

Lokalität

Zusätzliche Einflussfaktoren

Präventionsmassnahmen / Qualitätsaktivitäten:

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

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

Ausbau des internen Wundmanagements

Interne Fortbildung zur Wundversorgung

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	hausintern
Methode / Instrument	HCIRS Meldeportal

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Kontinuierliche interne Sturzerfassung

Im Risikoassessment, in der Prävention und in der Behandlung von Sturzfolgen nimmt die Pflege eine zentrale Rolle ein. International wird ein Sturzereignis als relevanter Pflege-Qualitätsindikator (Nurse Outcomes) gesehen.

„Stürze stellen im Spitalbereich aufgrund ihrer Häufigkeit und ihren physischen, psychologischen und sozialen Konsequenzen ein bedeutendes klinisches und ökonomisches Problem dar. Stürze sind als relevante und komplexe klinische Herausforderung, beeinflusst durch vielfältige Ursachen und Faktoren, zu verstehen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004).

In der Schulthess Klinik werden alle in der Klinik vorgefallenen Sturzereignisse im Meldeportal erfasst, evaluiert und dessen Pflegedokumentation überprüft. Zusätzlich nimmt die Klinik an der jährlichen Nationalen Prävalenzmessung Sturz teil.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Bettenabteilungen, Physiotherapie, Funktionsdiagnostik, Andere
Alle stationären und ambulanten Patienten.

Die klinikinternen Ergebnisse 2018 zeigen insgesamt ein ähnliches Bild wie in den Vorjahren. Die kürzere Aufenthaltsdauer scheint keinen Einfluss auf die Sturzereignisse zu haben. Werden die einzelnen Monate der Jahre 2017 und 2018 miteinander verglichen, ist kein Muster erkennbar. Die Häufigkeiten des Sturzortes (Patientenzimmer oder Toilette/Bad) und der Sturzart (alleine oder in Begleitung) ist im Vergleich zum Vorjahr ähnlich. Werden die Tageszeiten betrachtet, hat eine Verschiebung vom Nachtdienst in den Tagdienst stattgefunden (2016: Tag 32%, Spät 18%, Nacht 50%; 2018: Tag 46%, Spät 22%, Nacht 32%). Die Häufigkeiten der Sturzverletzungen sind im Vergleich zum Jahr 2016 ähnlich verteilt (2016: keine 67%, leichte 33%, schwere 0%; 2018: keine 70%, leichte 27%, schwere 3%).

(Auszug Evaluation Zwischenfall-Meldungen Sturz 2018, Pflegeexpertin A. Limacher)

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Lean Management Pflegedienst

Lean Management Pflegedienst

Ausgangslage

- nach erfolgreicher Umstellung der Materiallogistik auf den Bettenstationen in 2017, wurde in 2018 die gesamte Pflegeorganisation auf Lean ausgerichtet.
- Die Vorgaben zur Umsetzung vom Skill- und Grademix begünstigt die Neuorganisation der Stationen in Zonen mit Zonenverantwortlichen und dazu gehörenden Support Mitarbeitenden
- Kundenorientierung ist heute wichtiger als denn je. Patienten erwarten eine auf sie ausgerichtete Organisation und wollen sich nicht den Strukturvorgaben der Institution anpassen

Projektart

- Organisationsprojekt innerhalb eines Bereiches

Projektziel

- Wartezeiten für den Patienten und Mitarbeiter werden mittels verbindlichen Abmachungen eliminiert
- Neue Rollen und Funktionen im Pflegedienst werden eingeführt (Zonenverantwortliche, Supportdienst, OP-Dienst)
- Erhöhte Sensibilisierung zur Patientensicherheit
- Anzahl Patientenrufe werden reduziert
- Mitarbeitende werden durch das „Kaizen“ befähigt und motiviert, Verbesserungen mitzugestalten
- Patienten erfahren eine hervorragende medizinische, pflegerische und serviceorientiert Betreuung, fühlen sich im Mittelpunkt unserer Bemühungen und äussern sich zufrieden und sicher aufgehoben

Vorgehen/Methodik

- Workshops
- Ext. Hospitationen
- MA Befragungen

Involvierte Berufsgruppen

- Pflegedienst

Projektevaluation/ Ergebnisse

- MA Befragungen
- Führungspersonen müssen die Veränderungen vorleben und konsequent einfordern
- Arbeitsinstrumente (u.a. Pflegewagen) müssen genutzt und deren Benefit immer und immer wieder erklärt werden
- Abteilungsleitungen besuchen Fort- und Weiterbildungen zum Thema Lean

Die nächsten Schritte

- Pflegewagen werden mehr und mehr zum Einsatz kommen, da seit Juni 2019 die gesamte Dokumentation elektronisch erstellt wird
- Haltung der Pflege zum Lean verinnerlichen: „wir kommen zum Patienten und wir kommen frühzeitig, bevor der Patient sich meldet“

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Klinische Fachspezialistin

Klinische Fachspezialistin

Ausgangslage

- Entlastung des ärztlichen Dienstes von Standardaufgaben (Visiten, Dokumentation, Wundbeurteilung, etc.) ist angezeigt und kann an Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen delegiert werden
- Die klinisch-medizinische Betreuung und Präsenz auf der Station wird durch die klinische Fachspezialistin sichergestellt und verbessert
- Die klinische Fachspezialistin gewährleistet eine schnelle und unkomplizierte Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen und dem Patienten
- Die Schulthess Klinik unterstützt zukunftsorientierte und innovative Versorgungsmodelle

Projektstart

- Bereichsprojekt

Projektziel

- Klinische Fachspezialistin ist fachlich, organisatorisch und planerisch im Ärzteteam integriert
- Klinische Fachspezialistin ist primäre Ansprechperson für die medizinische Betreuung vor allem bei stabilen Patientensituationen
- Die ärztlichen Standardaufgaben im stationären Bereich (Visiten, Dokumentation, med. Betreuung, Ein-/Austritt, etc.) sind an die klinische Fachspezialistin delegiert
- Ein erfahrener Assistenzarzt steht der klinischen Fachspezialistin als „Coach“ zur Seite

Projektablauf / Methodik

- Klassische Projektorganisation mit Projektleitung, Projektteam, Lenkungsausschuss und Phasen der Planung, Analyse sowie Realisierung

Involvierte Berufsgruppen

- Pflegeexpertin (Projektleitung)
- Ärzte
- Pflegedienst
- Therapeuten
- Betriebswirtschaft
- Technik
- Administration, Sekretärinnen, etc.
- IT

Projektevaluation / Konsequenzen

- Evaluationen wurden regelmässig durchgeführt und dokumentiert. Entscheide wurden vom LA gefällt, so dass das Projekt termingerecht abgeschlossen werden konnte
- Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen
- Stand der Umsetzung von Massnahmen
- Klinische Fachspezialistin ist mittlerweile in der Linienorganisation implementiert, andere Fachbereiche sind interessiert und sind bereits an der Rekrutierung

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung nach ISO 9001:2015

Siehe "Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr"

18.3.2 Prästationäres Ambulatorium

Prästationäres Ambulatorium

Ausgangslage

- Betriebswirtschaftliche Gründe verlangen eine kürzere Aufenthaltsdauer
- Demographische Entwicklung stellt zunehmend Themen wie Verwirrtheit, Hör- und Sehbehinderung, Langsamkeit, etc. in den Vordergrund
- Zunehmende Multimorbidität und chron. Erkrankungen unserer Patienten
- Präoperative Abklärungen durch den Hausarzt sind teilweise unvollständig, insuffizient oder zum Eintrittstag, gar nicht vorhanden
- Komplexe Patientensituationen „überraschen“ die Organisation am Eintrittstag

Projektart

- Bereichsprojekt

Projektziel

- Alle stationären Patienten durchlaufen im Anschluss an die Anästhesiesprechstunde, das prästationäre Ambulatorium zur Abklärung der präoperativen Untersuchungen. In der Folge können die Patienten als Nüchternpatient eintreten
- Am Eintrittstag sind die präoperativen auf das Nötigste reduziert
- Zusätzliche Abklärungen, welche für die perioperative Risikostratifikation notwendig sind, werden ambulant abgerechnet
- OP-Verschiebungen, -Absagen und perioperatives Risiko aufgrund ungenügenden und insuffizienten präoperativen Abklärungen werden minimiert

Projektablauf / Methodik

- Klassische Projektorganisation mit Projektleitung, Lenkungsausschuss und Projektteam
- Projektbestandteile wie Planung, Analyse, Realisierung, Inbetriebnahme und Abschluss

Involvierte Berufsgruppen

- Ärzte
- Pflegedienst
- Therapeuten
- Betriebswirtschaft
- Technik
- Administration, etc.
- Sekretärin

Projektevaluation / Konsequenzen

- Projekt konnte nahezu termingerecht abgeschlossen werden und in den laufenden Betrieb integriert werden

Stand der Umsetzung von Massnahmen

- Seit Dezember 2018 gehört das Prästationäre Ambulatorium zum festen Bestandteil unserer Klinikorganisation und sämtliche Ziele wurden erreicht

19 Schlusswort und Ausblick

Zertifizierung nach ISO 9001

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

Vernetzung

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

Patient-Reported Outcomes (PROs)

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

Patientenservice

Um den Patientenservice immer weiter zu verbessern, werden seit 3 Jahren sämtliche Mitarbeitenden der Schulthess Klinik an insgesamt fünf Kurstagen zum Thema Kundenorientierung geschult. Die Weiterbildungen finden in enger Zusammenarbeit mit dem Lufthansa Aviation Training am Flughafen Zürich statt.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Wundpatienten
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Spinale Neurochirurgie
Periphere Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Blut (Hämatologie)
Autologe Blutstammzelltransplantation
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Rheumatologie
Rheumatologie

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (**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**).