

HIRSLANDEN



KLINIK BELAIR

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

29.08.2019
Peter Werder, Direktor

Version 1



Hirslanden, Klinik Belair

www.hirslanden.ch/belair



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
Uwe Meier
Leiter Hotellerie und Unterhalt, Qualitätsverantwortlicher
052 632 19 88
uwe.meier@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	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	15
4.5 Registerübersicht	16
4.6 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	17
Befragungen	18
5 Patientenzufriedenheit	18
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	18
5.2 Eigene Befragung	19
5.2.1 Interne Patientenumfrage ambulant	19
5.2.2 Press Ganey	21
5.3 Beschwerdemanagement	22
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	23
7.1 Eigene Befragung	23
7.1.1 Your Voice	23
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	25
9 Wiedereintritte	25
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	25
10 Operationen	26
10.1 Eigene Messung	26
10.1.1 ANQ	26
11 Infektionen	27
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	27
12 Stürze	29
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	29
13 Wundliegen	31
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	31
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	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	33
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	33
18.1.1	Ambulantisierung	33
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	33
18.2.1	Lebensmittelsicherheit	33
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	33
18.3.1	ISO 14001:2015	33
19	Schlusswort und Ausblick	34
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		35
Akutsomatik		35
Herausgeber		37

1 Einleitung

Die Klinik Belair ist seit 2001 in die Hirslanden-Gruppe integriert. Mit 28 Betten, 130 Mitarbeitenden, 32 Belegärzten sowie 9 angestellten Ärzten (Hausärzte, Anästhesisten, Spitalarzt) ist die Klinik mit ihrem eingegliederten Praxiszentrum am Bahnhof ein wichtiges Standbein in der kantonalen Gesundheitsversorgung. Die Klinik deckt als Akutspital die Fachgebiete Orthopädie, Allgemeine Chirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, Gynäkologie, Urologie und Ophthalmologie ab. Im Praxiszentrum am Bahnhof liegt der Schwerpunkt in der Hausarztmedizin. Das Einzugsgebiet der Klinik liegt primär im Kanton Schaffhausen. In den angrenzenden Regionen Thurgau und Zürich sind weitere Zuweisungen zu verzeichnen. Einzelne Patienten werden aus der übrigen Schweiz über die akkreditierten Belegärzte zugewiesen. Patienten aus Deutschland sind nur in sehr geringer Anzahl zu verzeichnen. In der Regel handelt es sich um Selbstzahler.

Im Berichtsjahr hat die Klinik folgende Schwerpunkte mit Relevanz zur Qualität verfolgt: Organisation und Prozesse

- Standardisierung Wäschemanagement verbunden mit Kostenstraffungen und Qualitätssteigerung (Verfügbarkeit, Ersatz, Materialqualität).
- Anpassung der Aufbereitungsprozesse der Medizinprodukte, (Schmutz-Reinraumtrennung) und Einführung der elektronischen Chargen-Dokumentation EuroSDS.
- Einführung Hirslanden Business-Partner-Modell HR und ICT zur Standardisierung von unterstützenden Prozessen.
- Anpassung der ambulanten Behandlungsprozesse zur optimalen Vorbereitung für AVOS (Ambulant vor Stationär).
- Vollständige Umsetzung des Küchenhygienekonzeptes mit Einbindung aller relevanten Schnittstellen und Bereiche
- Kick-Off für Gruppenprojekt „Standardisierung Reinigung“ mit Schwerpunkt Effizienz und Wirtschaftlichkeit sowie Qualitätssicherung.
- Infrastruktur
- Erneuerung der Hauptstromverteilung zur Sicherstellung der kontinuierlichen Stromversorgung insbesondere der kritischen medizinischen und technischen Infrastruktur.
- Umsetzung der Leistungsbegrenzung / Brechung von hohen Verbrauchsspitzen zur Kostenreduktion in der Netznutzung sowie optimalere Ausnutzung der verfügbaren Stromeinspeisungskapazitäten durch einen gesteuerten Bezug. Mit beiden Massnahmen konnte das Ausfallrisiko durch Überlast und Auslösung einer Hauptsicherung merklich minimiert werden.
- Inbetriebnahme der Wärme- / Kältepumpen zur Entlastung der konventionellen Kälte- und fossilen Wärmeproduktion.
- Baustart Mitarbeiterparkplatz mit Stromtankstelle und Behindertenparkplatz für Patienten und Besucher, Berücksichtigung ökologischer Faktoren in der Umsetzung (Wasser- und Wärmeabsorbierender Bodenbelag, Bepflanzung, LED-Beleuchtung, zusätzliche Veloparkplätze).
- Kundenorientierung / Mitarbeiterzufriedenheit
- Erste Massnahmen aus der Analyse der Patientenbefragung „Press Ganey“, Schwerpunkt Austritts- und Medikamentenmanagement, Klinikspezifisch und auf Gruppenebene (Mitarberschulung Arzneimittellehre, Kurzreferate zu Medikamenten, Einführung Dolometer, Austritts-Checkliste, Organisation REHA durch Pat-Dispo.
- Ausweitung der Publikumsvorträge im angrenzenden Zürcher Weinland.
- Vierte Umfragerunde „Your Voice“ zur gezielten Erhebung und Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit, Durchführung von Workshops zur gemeinsamen Massnahmenfindung.
- Im Kontext des Strategieprozesses HIT2020 sowie des wirtschaftlichen Drucks wird die Kultur der Klinik bezüglich förderlicher und behindernden Faktoren hinterfragt. Hinzukommt eine kontraproduktive Auswirkung auf die Professionalität und Behandlungsqualität bei Überreizung gewisser kultureller Ausprägungen wie z.B. Familiär verbunden mit einer hohen emotionalen Verbindung.

Umweltmanagement

- Vollständige Inbetriebnahme der Erdwärme / -Kälte zur Entlastung der bestehenden Wärme- und Kälteaufbereitung sowie Reduktion des CO²-Ausstosses durch fossile Brennstoffe und reduziertem Stromverbrauch für Kälteproduktion.
- Teilnahme an der Aktion Bike to Work im Mai und Juni 2018, 11 Mitarbeitende legten während zwei Monaten total 3'836 km mit dem Velo zurück und sparten so 552 kg.CO₂ ein.
- Am Greenday setzten sich die Mitarbeitenden für ein sauberes Quartier ein und sammelten während zwei Stunden Plastik- und sonstigen Müll ein. Am Ende der Sammlung konnten 21 kg fachgerecht entsorgt werden.
- Evaluation eines E-Mobil für Patientenfahrdienst.

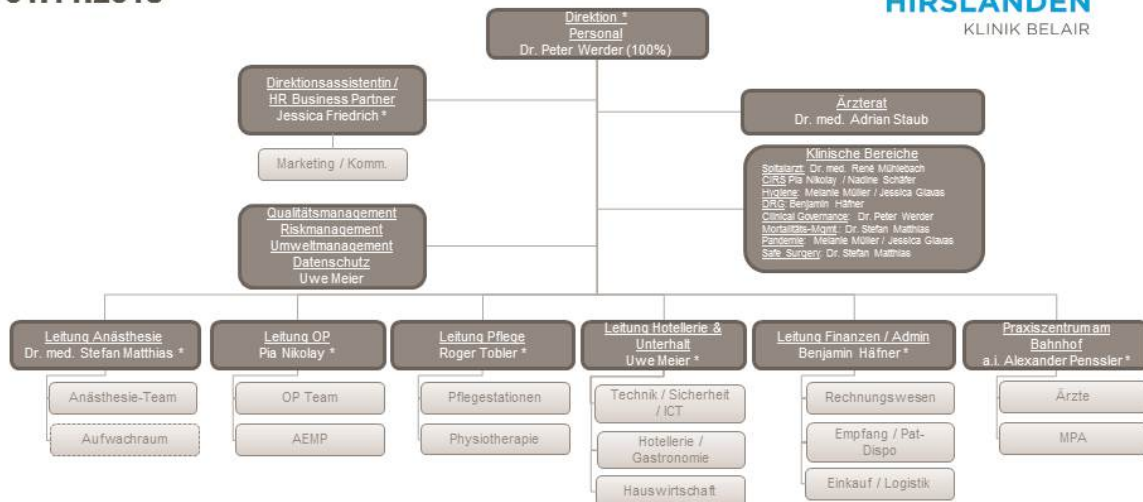
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

KLINIK BELAIR ORGANIGRAMM

01.11.2018



* Mitglied der Geschäftsleitung

06.05.2019

1

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **30** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Uwe Meier
Leiter Hotellerie und Unterhalt,
Qualitätsverantwortlicher
052 632 19 88
uwe.meier@hirslanden.ch

Herr Dr. Peter Werder
Direktor
052 632 19 91
peter.werder@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

- Optimierung und Weiterentwicklung der CIRS-Boards mit zeitnahen und dedizierten Fallbesprechungen und Massnahmenfindung, Einbezug aller relevanten Bereiche. Die Abkehr von einer kennzahlen- und benchmarkbasierten Basis hin zu konkreten Fallbeispielen hat enorm viel Verbesserungspotential offen gelegt.
- Prozessoptimierungen im Medikamenten- und Schmerzmanagement. Patientennahe Aufklärung und Erhebung von Schmerzempfindungen zur optimalen Planung der postoperativen Pflege. Patientenorientierte Medikamentenaufklärung vor Austritt verbessert.
- Umsetzung Lebensmittelsicherheitskonzept im gesamten Betrieb. Risikobeurteilung, Erarbeitung von Notfallplänen und -Interventionen, Schulung der Mitarbeitenden, Durchführung regelmässiger Audits, Zutrittsregelungen in sensiblen Bereichen.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

- Aufrechterhaltung ISO 9001:2015
- Aufrechterhaltung ISO 14001:2015, Zielerreichung EnAW
- Erfüllungsgrad 100% in der Überprüfung Safe Surgery
- Steigerung der Patientenzufriedenheit (Gesamtzufriedenheit Top Wert 73.7%, Wiederempfehlung Top Wert 90.4%)
- Steigerung der Grippe-Impfquote von 5% auf 17.5%
- Steigerung der Händehygiene-Compliance
- Erfüllungsgrad Lebensmittelsicherheit 95%
- Systematische Fallbesprechungen im CIRS-Board

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Festigung aller Bestrebungen zur Patientensicherheit (Safe Surgery, CIRS, Prävalenzmessungen, Impf- und Hygienemassnahmen)
- Medikamentenaufklärung
- Stärkung des Entlassmanagement (Information, Koordination Nachbetreuung)
- Nachweisliche und transparente Differenzierung
- Stärkere Einforderung von Patientenrückmeldungen zur Prozessoptimierung
- Qualitative Trennung von Ambulant und Stationär

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>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Interne Patientenumfrage ambulant
▪ Press Ganey
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Your Voice

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Operationen</i>
▪ ANQ

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

CIRS

Ziel	Von der Statistik zur Fallbesprechung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganze Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Nachweis von statistischen Daten birgt kein unmittelbares Optimierungspotential
Methodik	Phasenmodell
Involvierte Berufsgruppen	Alle Bereiche

Lebensmittelsicherheitskonzept

Ziel	Vermeidung von Gesundheitsrisiken in der Verpflegung, ausgewiesenes Notfallvorgehen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017-2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Ausweitung des prophylaktischen Kontrollen und Potentialnachweis, Erhöhung der Patientensicherheit
Methodik	Phasenmodell
Involvierte Berufsgruppen	Gastronomie, Hotellerie, Pflege

Your Voice

Ziel	Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Grundlagen für Verbesserung der Mitarbeiterbindung
Methodik	Laufende Befragung, Massnahmenworkshops in den Teams
Involvierte Berufsgruppen	Alle Bereiche

Medikamentenaufklärung

Ziel	Individuelle Aufklärung und Information der Patienten bezüglich verschriebener Medikamente bei Austritt
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ärztliche Bereiche, Pflege
Projekte: Laufzeit (von...bis)	
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Patienten haben bisher keine nachweisliche Information über verschriebene Medikamente bei Austritt erhalten, dies hat sich u.a. in der Patientenumfrage gezeigt
Methodik	Benchmark in der Gruppe
Involvierte Berufsgruppen	Ärztliche Bereiche, Pflege

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 2007 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

CIRS-Board führt regelmässig Fallbesprechungen zur Evaluierung von Optimierungspotential durch

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2008 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/media/report/klinik/2019/hirslanden-klinik-belair-schaffhausen_AMsuDtB.pdf abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2019 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

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	2000
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	2000
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2014

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
9001:2015	ganze Klinik	2005	2018	
14001:2015	ganze Klinik	2016	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

Aufgrund der geringen Anzahl auswertbarer Fragebögen ist die Auswertung der Ergebnisse statistisch nicht verlässlich und wird deshalb nicht ausgewiesen.

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 Werte haben sich gegenüber dem Vorjahr nur marginal verändert. Die Klinik Belair bewegt sich im internen Gruppenvergleich auf einem konstant hohen Niveau. Im Vergleich mit den Fragestellungen aus Press Ganey werden abweichende Bewertungen in Fragen zur Medikamentenaufklärung und Entlassmanagement festgestellt. Bezüglich Medikamentenaufklärung sind bereits erste Massnahmen in der Umsetzung (Schulung der Pflege, konsequente Information aller relevanten Patienten über verschriebene Medikamente). Im Entlassmanagement sind derzeit gruppenweite Verbesserungsmassnahmen geplant.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPÉ 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 Eigene Befragung

5.2.1 Interne Patientenumfrage ambulant

Die Interne Patientenbefragung basiert auf einem Fragebogen mit Freitextfeldern. In den Fragestellungen wird zu allen tangierenden Bereichen eine Bewertung ausgewiesen. In den Freitextfeldern ist Raum für individuelles Lob und Kritik zum gesamten Klinikaufenthalt. Die Daten werden via CRM erfasst und jährlich ausgewertet. Individuelle Rückmeldungen werden unmittelbar bei Eingang an die betroffenen Abteilung zur Beurteilung und Bearbeitung weitergeleitet. Die Segmentierung findet im ambulanten Bereich sowie im Praxiszentrum am Bahnhof statt.

Das Ziel der Befragung ist ein konsolidierter Nachweis über die Zufriedenheit mit den einzelnen Bereichen sowie den Ein- und Austrittsprozessen. Die Zufriedenheit liegt in allen Bereichen auf einem sehr hohen Niveau (>95 % sehr zufrieden)

Die individuellen Rückmeldungen sind ein Gradmesser für die Erfassung von Erwartungen an die Klinik.

Ab 2017 wird die Zufriedenheit der stationären Patienten mit Press Ganey gemessen

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

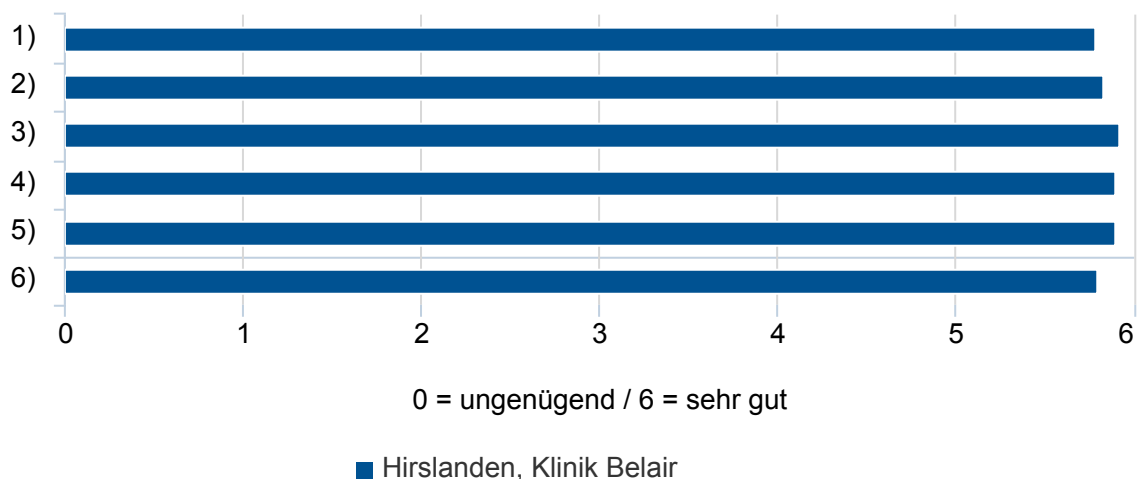
Betrifft alle Abteilungen mit Patientenkontakt

Alle ambulanten Patienten erhalten einen Fragebogen.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Wiederempfehlung
- 2) Generelle Zufriedenheit
- 3) Ärztliche Betreuung
- 4) Umgang mit Respekt
- 5) Information med. Behandlung
- 6) Austrittsformalitäten



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Hirslanden, Klinik Belair	5.79	5.83	5.92	5.90	5.90

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Hirslanden, Klinik Belair	5.80	71	5.00 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Auswertung schliesst auf eine sehr hohe Zufriedenheit der ambulanten Patienten. Als Verbesserungspotential werden die im Fragebogen aufgeführten persönlichen Rückmeldungen beigezogen. Unter kritischer Betrachtung betreffen diese schwerpunktmässig die Infrastruktur und das Ambiente. Im Rahmen von ambulant vor stationär wurden bereits infrastrukturelle und organisatorische Anpassungen vorgenommen. Der Leistungsqualität sowie dem Personal wird eine sehr hohe Qualität zugesprochen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.2.2 Press Ganey

Press Ganey basiert auf einem Fragebogen mit 77 Fragen. Die Befragung findet kontinuierlich statt. Eine Woche nach Austritt erhält jeder stationäre Patient einen Hinweis auf die elektronische Umfrage. Die Ergebnisse werden zeitnah über eine Plattform für die Kliniken publiziert. Hierbei können statistische Benchmarks über verschiedene Kategorien ausgewiesen werden.

HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) Fragen zielen darauf ab, *wie oft* etwas beobachtet werden konnte.

Press Ganey Fragen, *wie gut* etwas erlebt wurde.

Customer Questions sind die Fragen, welche wir auf unsere Kliniken bezogen selber stellen wollen (z.B. Händedesinfektion Ärzte, Pflege).

Die Messung ermöglicht einen globalen sowie einen gruppeninternen Vergleich. Die Benchmarks können Hinweise auf Best-Practice Ansätze geben. Durch die zeitnahe Datenverfügbarkeit kann schnell auf veränderte Trends reagiert werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

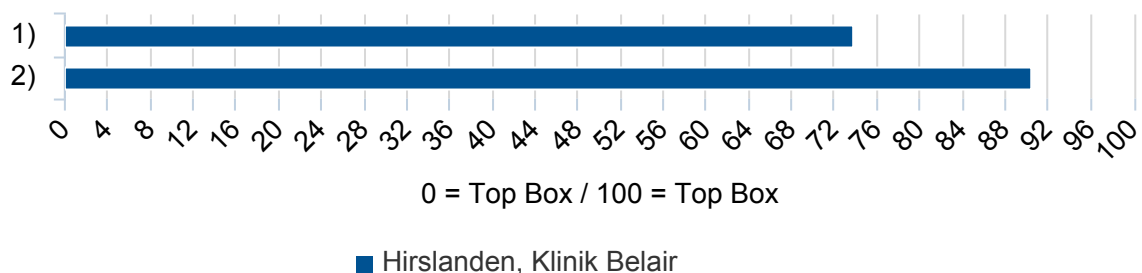
Alle Bereiche

Alle stationären Patienten

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Wie würden Sie den Aufenthalt in der Klinik bewerten?
- 2) Würden Sie diese Klinik Ihren Freunden und Ihrer Familie weiterempfehlen?



Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Fragen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)		
Hirslanden, Klinik Belair	73.70	90.40	109	8.00 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die beiden aufgeführten Fragen geben ein konsolidiertes Bild der Patientenzufriedenheit ab. In der Analyse werden alle Fragen bezüglich ihrer Bewertung (Top-Box = Anteil höchste Bewertung pro Frage in %) dediziert betrachtet. Potential findet sich in der Medikamentenaufklärung, Schmerz- sowie dem Entlassmanagement. Die meisten Fragen werden mit einer sehr hohen Zufriedenheit bewertet.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Press Ganey
Methode / Instrument	Press Ganey

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden, Klinik Belair

Qualitätsbeauftragter

Uwe Meier

Leiter Dienste

052 632 19 88

uwe.meier@hirslanden.ch

Mo-Fr 7 Uhr bis 17 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 Your Voice

Seit 2012 wurde erstmals wieder eine Mitarbeiterbefragung (Employee Engagement Programm „Your Voice“) durchgeführt. Durch die für die kommenden 4 Jahre jährlich geplante Umfrage erhofft sich die Klinik den Nachweis über aussagekräftige Trends zur Ermittlung der Wirksamkeit von Massnahmen. In der Klinik konnte ein Rücklauf von 82 % erreicht werden. Die Zielvorgabe seitens Konzern wurde auf 80 % gelegt. Die Auswertungen der Q-12 Fragen liegen in den meisten Fällen im Mittel. Eine aussagekräftige Beurteilung werden zukünftige Trends in den einzelnen Fragen ergeben. Damit lässt sich die Wirksamkeit von Massnahmen direkt nachweisen. Auf Basis der Bewertungen hat jede bewertete Einheit Massnahmen zu den kritischen Q-12 Fragen erarbeitet und hinterlegt. Im November 2015 führte Hirslanden mit Unterstützung der Firma Gallup eine von Mediclinic International koordinierte Mitarbeiterbefragung durch. Die sowohl online als auch mittels Papierfragebogen durchgeführte Befragung hatte zum Ziel, die emotionale Mitarbeiterbindung zu messen und durch verstärkten Dialog und gezielte Massnahmen zu erhöhen. Hierzu wurden in der Klinik sogenannte „Champions“ ausgebildet, welche intern die Führungskräfte zum Konzept der emotionalen Mitarbeiterbindung, der Interpretation der Ergebnisberichte und der Durchführung von Massnahmenworkshops mit den Mitarbeitern schulten. Unterstützt wurden wir dabei durch das Corporate Office, welches das Projekt seitens Hirslanden koordinierte. Die Befragung mit dem Namen „Your Voice“ ist vorläufig als 4-Jahresprogramm geplant. Die jährliche Durchführung der Mitarbeiterbefragung ist mit einem hohen Aufwand verbunden. Die Kadenz ermöglicht der Führung dagegen eine zeitnahe Betrachtung von Trends in der Entwicklung der Mitarbeiterzufriedenheit. Die Wirkung von Massnahmen kann in dieser Form mit hoher Sicherheit nachgewiesen werden. Die Massnahmen zielen neben der persönlichen Entwicklung der Mitarbeitenden schwerpunktmässig auf die einzelnen Teams. Ziele und strategische Richtungen werden gezielter in die Mitarbeitergespräche sowie in Teamsitzungen eingebracht. Spezielle Teamevents in allen Abteilungen sollen die Zusammengehörigkeit nachhaltiger fördern. Der Umgang mit Lob wird bewusster erfolgen. Um ein konstruktives Mass zu finden, werden Kriterien für Lob insbesondere für herausragende Leistungen einzelner Mitarbeitenden eingesetzt. Die Bewertung zur Verfügbarkeit von Hilfsmitteln im täglichen Gebrauch wird aufgrund differenzierter Sichtweisen individuell angegangen. Hierfür werden Nutzen und Wirksamkeit ausgesuchter Gerätschaften evaluiert und bezüglich des vorgesehenen Einsatzes überprüft. Daraus resultieren Geräteschulungen oder allenfalls Neuevaluationen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.

alle Bereiche

Die Umfragen von Your Voice werden an alle Mitarbeitenden der Hirslanden-Gruppe gerichtet.

Die Ergebnisse konnten in einigen Fragestellungen aufgrund der durchgeführten Workshops verbessert werden. Insgesamt dominiert eine hohe Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Als Positiv gewertet werden Arbeitsmittel und das Arbeitsumfeld. Die Förderung der Mitarbeitenden sowie die Stärkung persönlicher gegenseitiger Interessen ist in einigen Bereichen als Potential identifiziert worden. Das Verständnis für die Strategie und Ziele der Klinik wie auch der Gruppe ist ein weiterer verbesserungswürdiger Aspekt.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Aktivitäten werden pro Bereich auf Basis der segmentierten Auswertungen bestimmt. In Workshops erarbeiten die Mitarbeitenden gemeinsam Wege, um Potential in den kritischen Bereichen zu erkennen. Der Einbezug der Mitarbeitenden beinhaltet für sich bereits eine hohe Zufriedenheit bezüglich Beteiligung und Integration. Die teilweise spielerischen Ideen bringen im Arbeitsalltag neue Impulse und Ansätze. Die meisten Fragestellungen können bezüglich Hierarchie sowohl aus horizontaler wie auch vertikaler Sicht betrachtet werden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Gallup
Methode / Instrument	Gallup

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	2017
Hirslanden, Klinik Belair		
Anteil externer Rehospitalisationen	-	43.45%
Verhältnis der Raten*	0.92	1.19
Anzahl auswertbare Austritte:		1125

* 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.

10 Operationen

10.1 Eigene Messung

10.1.1 ANQ

Reops gemäss Kriterien ANQ

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Alle stationären Eintritte

Aufgrund der tiefen Fallzahlen werden keine dedizierten Massnahmen definiert

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ANQ
Methode / Instrument	ANQ

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:

- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Hirslanden, Klinik Belair						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	147	10	2.70%	0.70%	2.90%	10.00% (90.00% - 95.00%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	153	6	1.40%	0.80%	0.00%	6.00% (90.00% - 95.00%)

* 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	2018
Hirslanden, Klinik Belair				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze		0	0	1
In Prozent		0.00%	0.00%	4.80%
Residuum* (CI** = 95%)		0	0	0.04 (0.40 - 0.47)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	21	Anteil in Prozent (Antwortrate)		84.00%

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

** 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.

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Überprüfung Schuhwerk und Hilfsmittel
Trainingstherapie
Begleitung
Umgebungsanpassung
Patientenedukation

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		
Hirslanden, Klinik Belair					
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)		0	0 (0.31 - 0.30)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018	6	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		24.00%	

* 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.

** 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

Regelmässige Hautinspektion
 Lagerung/Seitenwechsel
 (Fersen-)Freilagern
 Druckentlastung anderer Körperstellen
 Gezielte Bewegungsförderung
 Patientenedukation

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.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Ambulantisierung

Aufbau der Strukturen für die Optimierung der ambulanten Behandlungen.
Steigerung der Effizienz und Patientenzufriedenheit im ambulanten Sektor.
Trennung der stationären und ambulanten Prozesse.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Lebensmittelsicherheit

Das Projekt wird gruppenweit umgesetzt. Ziel ist die Erarbeitung von Präventivmassnahmen sowie eine einheitliches Vorgehen bei bei Vorfällen im Zusammenhang mit Lebensmitteln. Als oberstes Ziel steht die Patientensicherheit.

Das Projekt wurde mit Hilfe externer Stellen in allen Kliniken synchron umgesetzt. Beteiligt sind die Bereiche Gastronomie, Hotellerie, Pflege und ärztliche Dienste. Die Umsetzung wird periodisch durch ein externes Institut im Rahmen eines Assessments überprüft.

Das Projekt umfasst verschiedene Teilprojekte:

Zutrittsregelung in Bereiche Lebensmittellagerung und Verarbeitung
Information- und Meldeystem
Vorgehen bei ausserordentlichen Ereignissen und Notfällen
Schulung aller relevanten Mitarbeitenden

Alle Teilprojekte und Massnahmen wurden vollumfänglich umgesetzt.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 14001:2015

Start: 2014

Projektziel: Nachweis der Nachhaltigkeit in allen Klinikprozessen

Projektablauf: Pilotprojekt in enger Zusammenarbeit mit dem Umweltbereich im Corporate Office

Involvierte Berufsgruppen: Qualitätsmanagement und technischen Bereiche, Gastronomie

Im Berichtsjahr wurden die technische Infrastruktur mit Fokus auf die Nachhaltigkeit ersetzt / erneuert (Wärmepumpen, Kälteaufbereitung)

19 Schlusswort und Ausblick

Die grösste Herausforderung der Klinik wird sich um die Ambulantisierung drehen. Dies bezüglich einer effizienten und kostenorientierten Nutzung der Infrastruktur. Hierfür werden in den kommenden Jahren Strukturanpassungen notwendig sein. Gleichzeitig führt die tendenzielle Senkung der Tarife Tarmed und DRG zu Anpassungen der Prozesse, Strukturen sowie organisatorischer Aspekte. Als wichtiger Grundpfeiler muss die Qualität bezüglich Medizin und Dienstleistung der Patientensicherheit sowie dem Wettbewerb standhalten. Der Schwerpunkt Qualität wird ebenso in den Vorbereitungen zu den Neuverhandlungen der Spitalliste sowie deren Einführung im 2021 liegen.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Glaskörper/Netzhautprobleme
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektomeingriffe (IVHSM)
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie

Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und $\geq 2000\text{g}$)

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**).