ERGOLZ KLINIK

# Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

| | | |
|---|---|---|
| Freigabe am: | 25.Mai 2020 | Version 1 |
| Durch: | Schreyvogel Corinne, Klinikdirektorin | |

**Ergolz-Klinik**

**www.ergolz-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 2019.

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 2019

Frau
Corinne Schreyvogel
Klinikdirektorin
061 906 92 92
c.schreyvogel@ergolz-klinik.ch

# Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil.
Nach Akutsomatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualitätsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: www.patientensicherheit.ch/momo.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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. Andererseits 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, wenn 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 2019 ..... 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019 ..... 8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren ..... 8

**4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten** ..... **9**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen ..... 9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen ..... 9
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen ..... 10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte ..... 11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen ..... 13
4.5 Registerübersicht
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.
4.6 Zertifizierungsübersicht ..... 13

**QUALITÄTSMESSUNGEN** ..... **14**

**Befragungen** ..... **15**

**5 Patientenzufriedenheit** ..... **15**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik ..... 15
5.2 Beschwerdemanagement ..... 15

**6 Angehörigenzufriedenheit** ..... **16**
6.1 Eigene Befragung ..... 16
6.1.1 Fragebogen nach Entlassung ..... 16

**7 Mitarbeiterzufriedenheit**
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

**8 Zuweiserzufriedenheit** ..... **17**
8.1 Eigene Befragung ..... 17
8.1.1 Zufriedenheit Belegarzttätigkeit ..... 17

**Behandlungsqualität** ..... **18**

**9 Wiedereintritte** ..... **18**
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen ..... 18

**10 Operationen**
ANQ hat die Messung der vermeidbaren Reoperationen letzmals 2016 durchgeführt und seit dem 2017 eingestellt.

**11 Infektionen** ..... **19**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte ..... 19

**12 Stürze** ..... **21**
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz ..... 21

**13 Wundliegen** ..... **23**
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) ..... 23

**14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen**
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.

**15 Psychische Symptombelastung**
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.

**16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand**
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.

**17 Weitere Qualitätsmessung** ..... **25**

17.1 Weitere eigene Messung ..... 25
17.1.1 Eigener Fragebogen ..... 25
**18 Projekte im Detail ..... 26**
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte ..... 26
18.1.1 Kooperationsvertrag mit dem St. Claraspital ..... 26
18.1.2 Vertrag Aufbereitung Medizinprodukte mit KSBL ..... 26
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019 ..... 27
18.2.1 Externe Qualitätskontrolle Labor ..... 27
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte ..... 27
18.3.1 RECOLE Zertifizierung ..... 27
**19 Schlusswort und Ausblick ..... 28**
**Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot ..... 29**
Akutsomatik ..... 29
**Herausgeber ..... 30**

# 1 Einleitung

Seit 25 Jahren ist die Ergolz Klinik als Belegarztspital im Dienste ihrer Patientinnen und Patienten tätig. 2012 wurde sie fester Bestandteil der kantonalen Spitalplanung und steht heute allen Versicherungsklassen, sowohl für die ambulante wie auch die stationäre Spitalversorgung offen.

Das initiale Spektrum der Fachgebiete ORL, Urologie und Ästhetische-Chirurgie konnte bald mit den Fächern Orthopädie, Gynäkologie, Viszeral – Gefäss- und Kinderchirurgie erweitert werden.

Im Rahmen der allgemeinen Grundversicherung erhalten alle Patienten für die von uns angebotenen medizinischen und chirurgischen Leistungen eine volle Kostendeckung seitens ihrer Krankenkassen.

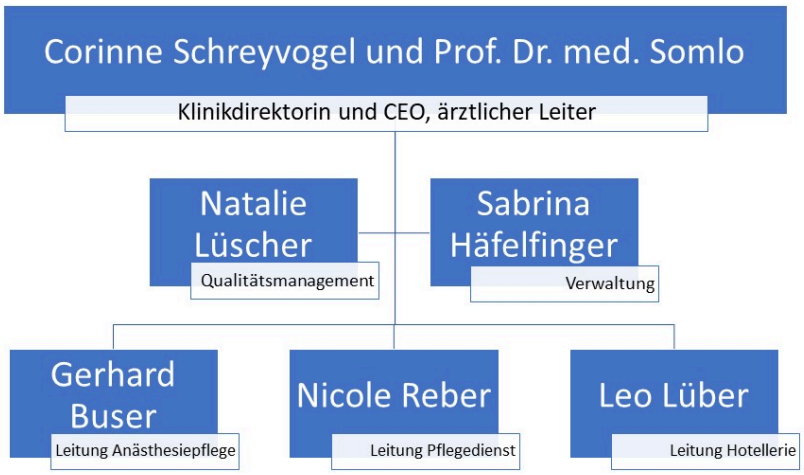
Bis heute ist die Ergolz Klinik ein Belegarzt-Spital mit freier Arztwahl. Alle an der Ergolz Klinik tätigen Ärzte führen eine unabhängige Privatpraxis, entweder in unserem hauseigenen Praxiszentrum oder ausserhalb der Ergolz Klinik. Bei uns sind ausschliesslich Fachärzte mit grosser operativer und medizinischer Erfahrung tätig und behandeln ihre Patienten persönlich und individuell.
Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass neben der medizinischen Behandlung auch viele andere Faktoren zur raschen Genesung beitragen. So bieten wir allen Patientinnen und Patienten höchsten Komfort, Sicherheit und eine bestmögliche pflegerische und kulinarische Betreuung. Die meisten Zimmer der Ergolz Klinik sind mit individuell regulierbaren Klimaanlagen ausgerüstet und selbstverständlich können alle unsere Patienten kostenlos WLAN benutzen.

Unser Ziel ist den Patienten Wohlbefinden, Sicherheit und Zuversicht zu vermitteln und dies zu erreichen ist unsere Passion.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

# 2 Organisation des Qualitätsmanagements

## 2.1 Organigramm




Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **40** Stellenprozente zur Verfügung.

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Corinne Schreyvogel
Klinikdirektorin
0619069292
c.schreyvogel@ergolz-klinik.ch

Frau Natalie Lüscher
Leitung Qualitätsmanagement
0619069290
n.luescher@ergolz-klinik.ch

# 3 Qualitätsstrategie

Vision:
Besser wie die andern

Mission:
Patient und Wohlbefinden steht im Vordergrund

Ziele:
Vision und Mission zu erreichen

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

## 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

1. Kooperationsvertrag mit dem St. Clara Spital: Interdisziplinäre Tumorbetreuung der Patienten der Ergolz Klinik
2. Zusammenarbeit Kantonsspital Baselland: Aufbereitung der Medizinprodukte der Ergolz Klinik durch die zertifizierte Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP KSBL)
3. Reorganisation in den Bereichen Geschäftsleitung, Qualitätsmanagement und Verwaltung sowie Einführung eines neuen Controlling, welches direkt durch die Geschäftsleitung erfolgt
4. Externe Qualitätskontrolle der Abteilung Labor durch das Schweizerische Zentrum für Qualitätskontrolle: Alle Qualitätskriterien nach QUALAB und CSCQ erreicht und Zertifikat erhalten
5. Externe Schulung durch Axonlab AG und i-STAT interne Qualitätskontrolle durchgeführt
6. Reanimationskurs BLS / AED für das gesamte Personal durchgeführt

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

Erreichtes Ziel aus dem Vorjahr:
Ein Kooperationsvertrag mit dem St. Clara Spital zur gemeinsamen Behandlung von Tumorpatienten liegt seit dem März 2019 vor und steht allen Patienten sowie den Belegärzten der Ergolz Klinik zur Verfügung.

Erreichte Ziele aus dem Jahr 2019:
Vertrag mit dem KSBL betreffend Aufbereitung der Medizinprodukte ist formuliert, die Umsetzung musste aufgrund der Corona Krise um ein paar Monate verschoben werden.

Qualitätskontrollen des Labors wurden durchgeführt und konnten mit einem Zertifikat für externe und interne Qualitätskontrollen abgeschlossen werden.

Dank der Einführung eines neues Controllingsystem werden die Prozesse des Qualitätsmanagement und der Verwaltung kontinuierlich überprüft und verbessert.

Durch den Wiederholungskurs Reanimation BLS / AED erhalten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Sicherheit im Umgang mit dem Defibrillator.

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Erarbeitung eines internen Wissensmanagement, wobei durch regelmässige Teamsitzungen (inkl. interne Weiterbildungen) das Wissen verteilt und vertieft wird.
Durch Anpassungen im Klinikinformationssystem sollen präoperative und postoperative Prozesse verbessert werden und die Kommunikation rund um Patienten gesichert sein.

# 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:** |
|---|
| *Akutsomatik* |
| ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik |
| ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen |
| ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte |
| ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz |
| ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus |

## 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

| **Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:** |
|---|
| ▪ Prävalenzmessung Sturz- und Dekubitus |
| ▪ Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen |
| ▪ Nationale Patientenzufriedenheit |
| ▪ Postoperative Wundinfektionen SwissNOSO |

## 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:** |
|---|
| *Angehörigenzufriedenheit* |
| ▪ Fragebogen nach Entlassung |
| *Zuweiserzufriedenheit* |
| ▪ Zufriedenheit Belegarzttätigkeit |

| **Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:** |
|---|
| *Operationen* |
| ▪ Reoperationsrate SQLape |
| *Weitere Qualitätsmessung* |
| ▪ Eigener Fragebogen |

## 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

### Zusammenarbeit mit dem St. Claraspital

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Interdisziplinäre Behandlung von Tumorpatienten inklusiv Tumorboard |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Gesamtheitliche Versorgung unserer Tumor-Patienten |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | ab März 2019 |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt. |
| **Begründung** | Sicherstellung der ganzheitlichen Betreuung |
| **Involvierte Berufsgruppen** | Klinikleiter, Belegärzte, Pflege |
| **Weiterführende Unterlagen** | Kooperationsvertrag zwischen St. Clara Spital und Ergolz Klinik |

### Zusammenarbeit mit der zertifizierten Aufbereitungseinheit für Medizinalprodukte des Kantonsspital Baselland

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Aufbereitung der Medizinalprodukte der Ergolz Klinik durch die zertifizierte Einheit des KSBL |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | OP |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | Januar 2020 |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt. |
| **Begründung** | Gewährleistung der zertifizierten Aufbereitung der Medizinalprodukte |
| **Methodik** | Op-Instrumente werden extern durch das AEMP KSBL aufbereitet |
| **Involvierte Berufsgruppen** | Klinikleitung, Personal OP |
| **Weiterführende Unterlagen** | Vertrag mit AEMP KSBL |

## Wiederholungskurs Reanimationskurs

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Sicherheit im Umgang mit dem Defibrillator |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Pflege |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | November 2019 - November 2019 |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| **Begründung** | Vorhandenes Wissen auffrischen und erweitern |
| **Methodik** | Externe Weiterbildung |
| **Involvierte Berufsgruppen** | Pflege und Verwaltung und OP |

## Zertifikat 2019 für die externe Qualitätskontrolle

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Erreichung der Qualitätskriterien nach QUALAP und CSCQ |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Labor |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | 01.01.2019 - 31.12.2020 |
| **Begründung** | Das Zertifikat entspricht der Norm ISO / CEI 17043 und den QUALAB Vorgaben |
| **Methodik** | Externes Audit |
| **Involvierte Berufsgruppen** | Pflege |

## i-STAT interne Qualitätskontrolle

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Sicherstellung des Qualitätsmanagement Labor |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Labor |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | 2019-2020 |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| **Begründung** | Korrekte Durchführung der Qualitätskontrolle und Interpretation der Qualitätskontrolle - Resultate |
| **Methodik** | Externe Schulung |
| **Involvierte Berufsgruppen** | Pflege |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Evaluation alle 2 Wochen |

### 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 2017 ein CIRS eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

## 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** |
| Zertifikat externe Qualitätskontrollen enspricht Norm ISO / CEI 17043 und QUALAB Vorgaben | Pflege | 2014 | 2019 | |

**Bemerkungen**
Im nächsten Jahr wird die RECOLE Zertifizierung angestrebt.

# 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 Patienten-befragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

### Messergebnisse

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

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

### Begründung

Da weniger als 50 Fragebogen retourniert wurden, sind die Ergebnisse nach Angaben der ANQ nicht aussagekräftig. Aus diesem Grund verzichten wir auf die Veröffentichung der Ergebnisse.

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Wir haben mit Freude zur Kenntnis genommen, dass bei allen Fragen der Mittelwert der Ergolz Klinik über dem Mittelwert des Kollektiv liegt.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | ESOPE, Unisanté, Lausanne |

## 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Ergolz-Klinik**
Ombudsstelle
Spitäler Norwestschweiz
061 269 8058
kontakt@ombudsstelle-spitaeler.ch
Die Ergolz-Klinik ist Mitglied des VNS und deren Ombudsstelle angeschlossen.

# 6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

## 6.1 Eigene Befragung

### 6.1.1 Fragebogen nach Entlassung

Den Patienten steht ein Fragebogen zur Verfügung, wo sie während ihrem Aufenthalt ausfülllen können. Die Beurteilungskriterien betreffen die Qualität und Betreuung der Pflege, die ärztliche Betreuung, die Leistungen der Hotellerie, die Administration sowie die Zimmerausstattung. Ebenso ist eine Gesamtbeurteilung möglich und die Patienten und Angehörigen können Verbesserungsvorschläge anbringen.
Die Bögen werden einzeln durchgesehen und die Resultate werden systematisch erfasst. Problemstellungen werden sofort besprochen und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses angegangen.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Die Patienten und Angehörigen können über den gesamten Aufenthalt Bewertungen abgeben. Somit können alle Bereiche und Abteilungen bewertet werden.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es handelt sich hierbei um eine interne Befragung zur Qualitätsverbesserung.

# 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 Zufriedenheit Belegarzttätigkeit

In einem persönlichen Gespräch mit allen Belegärzten und Belegärztinnen wurde die Zufriedenheit der Belegarzttätigkeit systematisch erfasst. Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge sind in Bearbeitung.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom Oktober 2019 bis Dezember 2019 durchgeführt.
Die Befragung wurde mit den Belegärzten durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse sind wichtig, um die Zufriedenheit der Belegärzte in unserer Klinik zu verbessern. Die Daten sind deshalb nur für den internen Gebrauch und müssen vertraulich behandlet werden.

# 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) | 2016 | 2017 |
|---|---|---|
| **Ergolz-Klinik** | | |
| Anteil externer Rehospitalisationen | 36.36% | 24.74% |
| Verhältnis der Raten* | 1.08 | 0.8 |
| Anzahl auswertbare Austritte 2017: | | 412 |

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

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

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Die Senkung der Rate auf unter 1 motiviert uns, die Qualität durch kontinuerlicher Projekte langfristig zu verbessern.

| **Angaben zur Messung** | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | SQLape GmbH |
| Methode / Instrument | SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) 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 folgender Operationen:** |
|---|
| ▪ Hernienoperationen |

### Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2018 – 30. September 2019

| **Operationen** | **Anzahl beurteilte Operationen 2019** (Total) | **Anzahl festgestellter Wund-infektionen 2019** (N) | **Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %** 2016 | 2017 | 2018 | **adjustierte Infektionsrate % 2019** (CI*) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ergolz-Klinik** | | | | | | |
| Hernien-operationen | 111 | 0 | 1.50% | 1.30% | 0.00% | 0.00% (0.00% - 0.00%) |

* 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/.

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Wir freuen uns sehr, dass es in der letzten Messperiode erneut zu keiner postoperativen Infektion gekommen ist.

| 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 und www.lpz-um.eu

### Messergebnisse

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|---|
| **Ergolz-Klinik** | | | | |
| Anzahl im Spital erfolgte Stürze | 0 | 0 | 0 | 0 |
| In Prozent | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| Residuum* (CI** = 95%) | 0 | 0 | 0 (-0.44 - 0.44) | 0 (-0.54 - 0.54) |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2019 | 8 | Anteil in Prozent (Antwortrate) | | 100.00% |

* 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/.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | Berner Fachhochschule |
| Methode / Instrument | LPZ 2.0 |

| 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.<br>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. |
| | Ausschlusskriterien | ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.<br>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.<br>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.<br>▪ 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 Scherkräften.

## 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 | | | 2019 | In Prozent |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2016 | 2017 | 2018 | | |
| **Ergolz-Klinik** | | | | | | |
| Nosokomiale Dekubitus-prävalenz | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00% |
| | Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%) | 0 | 0 | 0 (-0.31 - 0.31) | 0 (-0.31 - 0.31) | - |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2019 | 8 | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | 100.00% |

* 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/.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | Berner Fachhochschule |
| Methode / Instrument | LPZ 2.0 |

| 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).<br>▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern).<br>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. |
| | Ausschlusskriterien | ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.<br>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.<br>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.<br>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. |

# 17 Weitere Qualitätsmessung

## 17.1 Weitere eigene Messung

### 17.1.1 Eigener Fragebogen

Wie im Kapitel 4 detailliert beschrieben führen wir eine eigene Messung zur Patienten- und Angehörigenzufriedenheit durch. Alle Ergebnisse werden systematisch erfasst und direkt mit den betroffenen Abteilungen bearbeitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Alle Abteilungen sind über die Resultate ihrer Abteilung informiert.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Da es sich um Rückmeldungen handelt, welche die internen Abläufe und Behandlungen betreffen, verzichten wir auf die Publikation.

# 18 Projekte im Detail

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

## 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

### 18.1.1 Kooperationsvertrag mit dem St. Claraspital

Im Rahmen der Tumorbetreuung der Patienten der Ergolz Klinik haben wir im März 2019 mit dem St. Clara Spital einen Kooperationsvertrag vereinbart.
Die Vereinbarung regelt die Zusammenarbeit bezüglich Vorabklärungen von Tumorpatienten,gemeinsames interdisziplinäres Festlegen der Tumorbehandlung (Tumorboard) und die therapeutisch radio-onkologische und medizinisch-onkologische Patientenbehandlung.

In der Ergolz Klinik werden durch hochqualifizierte Belegärzte sowohl Tumoroperationen in der Urologie (inkl. radikale Prostatektomien), Malignome im HNO-Bereich und Tumoren in der Brust operiert.

Durch den Kooperationsvertrag garantieren wir allen Tumorpatienten der Ergolz Klinik eine vollumfängliche und den Vorgaben der Fachgesellschaften entsprechende Therapie und Nachsorge.

Die Kooperation steht allen Belegärzten und Belegärztinnen der Ergolz Klinik zur Verfügung. Nach der Diagnose oder Operation weisen die Ärzte der Ergolz Klinik ihre Patienten mit allen relevanten Unterlagen der Onkologie des St. Clara Spital zu, mit der Bitte um Vorstellung im Tumorboard. Der zuweisende Arzt wird über die Tumorboardempfehlung informiert und das weitere Vorgehen wird gemeinsam festgelegt.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird von Patienten und Belegärzte / Begelärztinnen sehr geschätzt.

### 18.1.2 Vertrag Aufbereitung Medizinprodukte mit KSBL

Das Kantonsspital (KSBL) verfügt über eine zerfitizierte Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP KSBL). Die Aufbereitung der Medizinprodukte erfolgt gemäss Swissmedic.
Durch den neuen Vertrag werden die Medizinprodukte der Ergolz Klinik nach dem zertifizierten Qualitätsstandard AEMP aufbereitet.
Die Dienstleistung der AEMP KSBL umfasst den gesamten Aufbereitungszyklus der Medizinprodukte der Ergolz Klinik, von der Entgegennahme über die Aufbereitung, Erfassung und Dokumentation.
Die Aufbereitung der Medizinprodukte findet ausschliesslich in den Räumen der zertifizierten Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte am Standort Liestal statt.

Durch den Vertrag steht der Ergolz Klinik ein digitales Fehlermanagementsystem zur Verfügung, das die unmittelbare Kommunikation unter den Vertragsparteien im Rahmen des Fehlermanagements ermöglicht.

Der Vertrag sollte im 1. Quartal 2020 in Kraft treten und musste aufgrund der Corona-Krise um mindestens 6 Monate verschoben werden.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

### 18.2.1 Externe Qualitätskontrolle Labor

Im Zeitraum vom 01.01.2019 - 31.12.2019 wurden diverse externe Qualitätskontrollen des Labors durchgeführt. Alle durchgeführten Kontrollen erreichten die Qualitätskriterien (QUALAB und CSCQ). Die Qualitätskontrollen konnten mit einem Zertifikat durch das Schweizerische Zentrum für Qualitätskontrollen abgeschlossen werden. Das Zertifikat entspricht der Norm ISO / CEI und den QUALAB - Vorgaben.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 RECOLE Zertifizierung

Für das nächste Jahr streben wir die RECOLE Zertifizierung an.

# 19 Schlusswort und Ausblick

Unsere tägliche Motivation ist den Patienten und Patientinnen aus der Region freie Arzt- und Spitalwahl zu ermöglichen und dabei Spitzenmedizin anzubieten.
Dank unseren Leistungsaufträgen und dem Belegarzt- System profitieren unsere Patienten von einer kontinuierlichen Betreuung vor, während und nach der Operation durch (s)einen persönlichen Arzt.

Unser Ziel ist es durch kontinuerliche Verbesserung weiterhin komplexe und individuelle Medizin anzubieten.

Im kommenden Jahr werden wir uns auf den Erhalt unserers medizinischen Angebots, die digititale Dokumentation und die Qualitätsicherung durch Zertifizierung fokussieren.

# 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

| Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen |
|---|
| **Basispaket** |
| Basispaket Chirurgie und Innere Medizin |
| **Haut (Dermatologie)** |
| Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten) |
| **Hals-Nasen-Ohren** |
| Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie) |
| Hals- und Gesichtschirurgie |
| Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen |
| Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen) |
| Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie |
| **Urologie** |
| Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Radikale Prostatektomie |
| **Bewegungsapparat chirurgisch** |
| Chirurgie Bewegungsapparat |
| Orthopädie |
| Handchirurgie |
| Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens |
| Arthroskopie des Knies |
| Rekonstruktion obere Extremität |
| Rekonstruktion untere Extremität |
| **Gynäkologie** |
| Gynäkologie |
| Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum |

# Herausgeber

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

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/qualitaet/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/ueber-uns/fachkommissionen/

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**):
www.samw.ch.