



ERGOLZ KLINIK

Qualitätsbericht 2021

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

30.5.2022
Corinne Schreyvogel, Klinikdirektorin

Version 2

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 2021.

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 2021

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualittsgeschehen

Mit grossem Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen mit der H+ Qualitätsberichts-vorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

2021 war aufgrund der andauernden Covid-19-Pandemie wiederum ein forderndes Jahr für die Schweizer Spitäler und Kliniken und ihr Personal. Zur Entlastung der Institutionen wurde die Messung der postoperativen Wundinfektionen von Swissnoso zeitweise erneut unterbrochen. Zum zweiten Mal in Folge wurde zudem entschieden, die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen; auch fanden keine IQM Peer Reviews statt.

Im Qualittsumfeld der Spitäler und Kliniken tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft trat. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+, die Verbnde der Krankenversicherer santésuisse und curafutura sowie die Medizinal-Tarifkommission MTK ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Daraus resultierte ein Qualittsvertrag, welcher dem Konzept die nötige Verbindlichkeit verleiht. Die Ergebnisse der neuen Vorgaben sollen zukünftig auf der Plattform spitalinfo.ch publiziert und in den H+ Qualitätsbericht integriert werden. Ein entsprechendes Publikationskonzept liegt vor.

Weiter wurde 2021 der Vorstoss von Ruth Humbel angenommen, welcher einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Leistungserbringer und deren Mitarbeitenden bei Lernsystemen vorsieht. Der Vorstoss legt die gesetzliche Grundlage für eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den Spitälern.

Ein wichtiger Meilenstein wurde auch im nationalen Projekt «Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie» der Allianz Peer Review CH erreicht. Die in den letzten drei Jahren erarbeiteten Umsetzungsvorschläge konnten in einigen Kliniken erfolgreich erprobt werden. Die Bereitschaft der Fachpersonen und entsprechende Schutzmassnahmen in den Institutionen ermöglichten es, vier Pilot-Reviews in der Psychiatrie durchzuführen.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifische Ergebnisse. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten transparent und umfassend auf, damit ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	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 2021	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021	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	14
4.6 Zertifizierungsübersicht	14
QUALITÄTSMESSUNGEN	15
Befragungen	16
5 Patientenzufriedenheit	16
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	16
5.2 Eigene Befragung	17
5.2.1 Eigene Befragung Patientenzufriedenheit	17
5.3 Beschwerdemanagement	18
6 Angehörigenzufriedenheit	18
Aufgrund des Besuchsverbots wegen der Coronapandemie konnten keine Angehörigen empfangen werden und somit konnte auch keine Zufriedenheitsmessung	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	19
7.1 Eigene Befragung	19
7.1.1 Einzelgespräche	19
7.1.2 Fragebogen Mitarbeiterzufriedenheit	19
8 Zuweiserzufriedenheit	20
8.1 Eigene Befragung	20
8.1.1 Zufriedenheit Belegarztstätigkeit	20
Behandlungsqualität	21
9 Wiedereintritte	21
9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen	21
10 Operationen	22
10.1 Hüft- und Knieprothetik	22
11 Infektionen	24
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	24
12 Stürze	26
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	26
13 Dekubitus	27
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	27
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	28
Die Messung ist für unser Patientenkontext nicht relevant	
15 Psychische Symptombelastung	28
Die Belegärzte führen die psychische Symptombelastung in ihren Praxen durch.	
16 Zielerreichung und Gesundheitszustand	29

16.1	Eigene Messung	29
16.1.1	PROMs.....	29
17	Weitere Qualitätsmessung	30
17.1	Weitere eigene Messung	30
17.1.1	Eigener Fragebogen	30
18	Projekte im Detail	31
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	31
18.1.1	Einführung PROMs	31
18.1.2	Umstellung Software Patientenadministration	31
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021	31
18.2.1	Durchführung Mitarbeiterzufriedenheit.....	31
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	32
18.3.1	REKOLE Zertifizierung.....	32
19	Schlusswort und Ausblick	33
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		34
Akutsomatik		34
Herausgeber		35

1 Einleitung

Seit über 25 Jahren ist die Ergolz Klinik als Belegarztsptial 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.

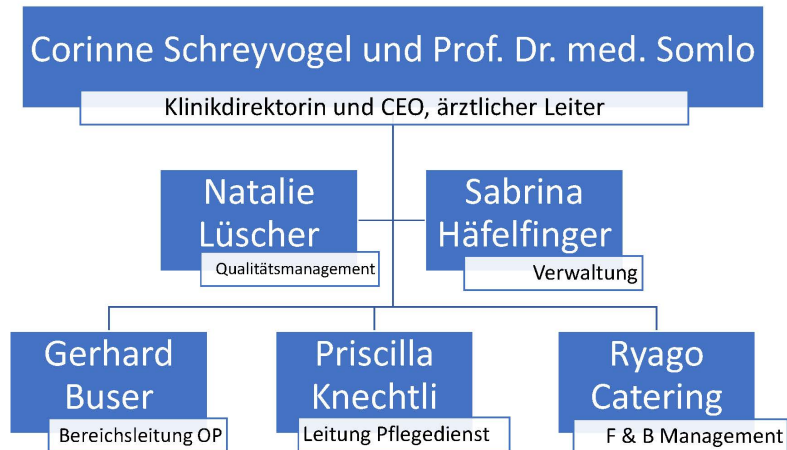
Bis heute ist die Ergolz Klinik ein Belegarzt-Spital mit freier Arztwahl. Alle an der Ergolz Klinik tätigen Ärzte führen eine unabhängige Privatpraxis, entweder in unserem hauseigenen Praxiszentrum oder ausserhalb der Ergolz Klinik. Bei uns sind ausschliesslich Fachärzte mit grosser operativer und medizinischer 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 Ergolz Klinik und ihr Team setzt alles daran, dass sich die Patienten und Patientinnen medizinisch, pflegerisch und menschlich bestens aufgehoben fühlen.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Januar 2021

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **70** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

Frau Natalie Lüscher
Co-Leitung Qualitätsmanagement
061 906 92 90
n.luescher.ergolz-klinik@hin.ch

3 Qualitätsstrategie

Vision:

Besser wie die Anderen

Mission:

Der Patient und sein Wohlbefinden stehen 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 2021

1. Einführung PROMs
2. Projekt Digitalisierung: Einführung neues Softwareprogramm zur Verbesserung der Qualität (Bereich Controlling, Patientenadministration und REKOLE Zertifizierung)
3. Umfrage Mitarbeiterzufriedenheit
4. Implementierung internes Wissensmanagement

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021

Erreichte Ziele aus dem Jahr 2021:

1. PROMs ist eingeführt und wird bei der Patientengruppe der Schilddrüsenchirurgie und Schilddrüsennebenchirurgie seit September 2021 angewendet, durchgeführt und dokumentiert. Vom April bis August 2021 fanden die Weiterbildungen bezüglich PROMs statt sowie die Evaluation des geeigneten Fragebogen und der geeigneten Patientengruppe.
2. Im Januar 2021 wurde das Projekt "Digitalisierung zur Verbesserung der Qualität dank neuer Software" gestartet mit der Gründung einer neuen Projektgruppe (bestehend aus interne MA und externen Berater) und der Evaluierung der Softwareprogramme. April 2021 wurde das neue Softwareprogram mit externen Berater in der Testversion gestartet und während 9 Monaten REKOLE konform parametrisiert, die Mitarbeiter*innen geschult und seit dem 1.1.2022 erfolgt die gesamte Patientenadministration über das neue Softwarprogramm. Dank den neuen Tools konnte die interne Qualität und das Controlling verbessert werden.
3. Durchführung einer Mitarbeiterzufriedenheit und Verbesserungsmassnahmen wurden definiert und durchgeführt
3. Das Wissensmangement wurde nebst externen Weiterbildungen ergänzt mit internen Weiterbildungen und regelmässig interdisziplinären Fallbesprechungen.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

1. REKOLE Zertifizierung im Jahr 2023
2. Aufbau eines digitale Qualitätsmanagementsystem
3. Weiterführung und Evaluation der PROMs - Messungen
4. Einführung neuer Prozess für die Mitarbeitergespräche

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, curafutura 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 potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swisnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)

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
▪ PROMs
▪ Implantatregister Hüft und Knie (SIRIS)

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>
▪ Eigene Befragung Patientenzufriedenheit
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Einzelgespräche
▪ Fragebogen Mitarbeiterzufriedenheit
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zufriedenheit Belegarztstätigkeit
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Zielerreichung und Gesundheitszustand</i>
▪ PROMs
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Eigener Fragebogen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Anwendung neuer Software in der Patientenadministration

Ziel	Verbesserung der internen Qualität und Controlling
Bereich, in dem das Projekt läuft	Patientenadministraton
Projekt: Laufzeit (von...bis)	April 2021, go live ab 1.1.2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Für die Verbesserung der Qualität und des Controllings wurde nach exakter Prüfung diverser Softwarprogramme der Wechsel auf ein im Gesundheitsbereich sehr erfolgreicher Anbieter angestrebt. Das Programm wurde REKOLE konform parametrisiert und erfüllt somit die Zertifizierungskriterien.
Methodik	Wechsel der Software, Schulung der interen Mitarbeiterinnen, Beratung durch externe Controller und Berater aus der Gesundheitsbranche
Involvierte Berufsgruppen	Patientenadministraton, Leitung OP, Leitung Pflege, Verwaltung, Geschäftleitung
Evaluation Aktivität / Projekt	quartalsweise

Einführung PROMs

Ziel	Evaluierung und Verbesserung der Lebensqualität der Patienten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Postoperative Patientenbetreuung
Projekt: Laufzeit (von...bis)	August 2021, laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Erreichte Lebensqualität nach einer erfolgten Operation evaluieren und ggf. Verbesserungsprozess initiieren
Methodik	Fragebogen SF 12
Involvierte Berufsgruppen	Belegarzt, Patientenadministration
Evaluation Aktivität / Projekt	alle 6 Monaten

Bemerkungen

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Vertragliche Zusammenarbeit mit St. Claraspital

Ziel	Gemeinsame Tumorkolloquien zur integrierten Behandlung von Patienten mit malignen Tumoren
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtheitliche Versorgung der Patienten mit malignen Tumoren
Aktivität: Laufzeit (seit...)	ab März 2019
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
Begründung	Integrierte Behandlung und Nachbehandlung von Patienten (Chirurgie, Strahlentherapie und medizinische Onkologie)
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 läuft	OP
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Ab Oktober 2020, laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
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 läuft	Pflege
Aktivität: Laufzeit (seit...)	November 2019 - November 2019, geplant alle 2 Jahre, nächste Durchführung 2021
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Vorhandenes Wissen auffrischen und erweitern
Methodik	Externe Weiterbildung
Involvierte Berufsgruppen	Pflege und Verwaltung und OP

Zertifikat 2020 für die externe Qualitätskontrolle CSCQ

Ziel	Erreichung der Qualitätskriterien nach QUALAP und CSCQ
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Labor
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Ab 01.01.2020, laufend
Begründung	Das Zertifikat entspricht der Norm ISO / CEI 17043 und den QUALAB Vorgaben
Methodik	Externes Audit
Involvierte Berufsgruppen	Pflege

Interne Qualitätskontrolle: Accu Check, Coagu Check, Afinion, Lumiratek, LumiraDx

Ziel	Sicherstellung des Qualitätsmanagement Labor
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Labor
Aktivität: Laufzeit (seit...)	Ab 01.01.2020, laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Korrekte Durchführung der Qualitätskontrolle und Interpretation der Qualitätskontrolle - Resultate
Methodik	Externe Schulung
Involvierte Berufsgruppen	Pflege und Leitung Pflegedienst
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluation alle 2 Wochen

Bemerkungen

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.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/	August 2021

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 entspricht Norm ISO / CEI 17043 und QUALAB Vorgaben	Pflege	2014	2021	

Bemerkungen

Jährlich finden externe Apothkenaudits statt.

Im nächsten Jahr wird die REKOLE 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.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2021 (CI* = 95%)
	2017	2018	2019	
Ergolz Klinik				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	0.00	4.50	4.39	4.40 (4.11 - 4.67)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	0.00	4.71	4.56	4.70 (4.49 - 5.09)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	0.00	4.78	4.75	4.70 (4.57 - 5.10)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	0.00	4.81	4.42	4.30 (4.20 - 4.90)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	0.00	4.25	4.28	4.20 (3.94 - 4.62)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	0.00 %	100.00 %	85.70 %	89.50 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2021				40
Anzahl eingetroffener Fragebogen	19	Rücklauf in Prozent		48 %

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus hat im Jahr 2020 für die Akutsomatik regulär keine Patientenbefragung (ANQ) stattgefunden.

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 haben mit Freude zur Kenntnis genommen, dass wir bereits wie in den Vorjahren die guten bis sehr guten Resultate bei der Nationalen Patientenbefragung wieder erreichen konnten. Die leichte Verschlechterung bei der Frage 4 (Medikamente) werden wir im Sinne eines KVP intern besprechen, ggf. den Prozess anpassen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPe, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im Juni 2021 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 Eigene Befragung Patientenzufriedenheit

Den Patienten steht ein Fragebogen zur Verfügung, welchen sie während ihres Aufenthaltes ausfüllen 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 können Verbesserungsvorschläge anbringen.

Die Bögen werden einzeln durch die Geschäftsleitung gelesen und die Resultate werden systematisch erfasst.

Problemstellungen werden sofort besprochen und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses angegangen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Da die Resultate der Patientenbefragung zur internen Weiterentwicklung und Verbesserung der internen Qualität dient, verzichten wir auf die Veröffentlichung der Resultate.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.3 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.

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 Einzelgespräche

In regelmässigen Abständen finden Teamsitzungen statt um Probleme zu eruieren und direkt anzugehen. Zusätzlich wurden im 2021 eine neue Mitarbeiterzufriedenheitsumfrage durchgeführt mit allen Mitarbeiter*innen. Die Resultate wurden transparent publiziert und in den Teamsitzungen besprochen. Verbesserungsmassnahmen wurden definiert und durchgeführt.

Für interne Beschwerden stehen als direkte Ansprechpersonen jederzeit für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung:

- Corinne Schreyvogel, Klinikdirektorin
- Priscilla Knechtli, Leitung Pflegedienst
- Prof. Dr. med. Tibor Somlo, CEO

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.
Pflege, OP, Anästhesie, Verwaltung

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Hierbei handelt es sich um interene Befragungen, die zur Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit dient.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

7.1.2 Fragebogen Mitarbeiterzufriedenheit

Ziel der Mitarbeiterumfrage war die Evaluation der Zufriedenheit am Arbeitsplatz nach und während der Pandemie. Schwerpunkte der Befragung war das individuelle Wohlbefinden und die Freude am Arbeitsplatz, die Teamkultur, die Rolle der Vorgesetzten und die Unternehmenskultur.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat Juni durchgeführt.
in allen Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Aufgrund der kleinen Anzahl an Mitarbeiter/innen in unserem Betrieb verzichten wir auf eine Publikation um die Anonymität zu gewährleisten.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

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 Belegarztstätigkeit

In regelmässigen Gesprächen mit allen Belegärzten und Belegärztinnen wird die Zufriedenheit der Belegarztstätigkeit erfasst. Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge sind laufend in Bearbeitung.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.
Die Befragung wurde mündlich 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 behandelt werden.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell 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.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2016	2017	2018	2019
Ergolz Klinik				
Verhältnis der Raten*	1.08	0.8	0.97	1.4
Anzahl auswertbare Austritte 2019:	411			

* 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 potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell 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

Leichter Anstieg der Rehospitalisierungen, jedoch nicht signifikant. Die beobachtete Rate liegt im Normbereich der erwarteten Rate. Alle Rehospitalisationen werden vom ärztlichen Leiter / CEO nach dessen Ursachen geprüft.

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.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: Juli 2014 bis Juni 2018

	Anzahl eingeschlossen Primär- Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres- Revisionsrate % (n/N)	Adjustierte Revisionsrate %
	2014 - 2018	2014 - 2018	2014 - 2018
Ergolz Klinik			
Primäre Hüfttotalprothesen	0	0.00%	0.00%
Primäre Knieprothesen	0	0.00%	0.00%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2021 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Juli 2014 bis Juni 2018. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Juni 2020.

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

Da wir erst seit August 2021 beim Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS) angemeldet sind, können wir noch keine Zahlen publizieren.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss RDL
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

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
▪ Gebärmutterentfernungen (vaginal)

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2020 – 30. September 2021

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. November 2020 bis 1. April 2021

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. November 2020 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitälern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. April 2021 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2020/2021	2020/2021	2017/2018	2018/2019	2019/2020	2020/2021
Ergolz Klinik						
Hernienoperationen	12	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Gebärmutterentfernungen (vaginal)	2	0	0.00%	0.00%	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 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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

	2018	2019	2020	2021 ***
Ergolz Klinik				
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)	–	–

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

Aufgrund der Pandemie wurde die Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus für das Jahr 2021 abgesagt.

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. - 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. - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) 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

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 Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2021 ***	In Prozent ***
		2018	2019	2020		
Ergolz Klinik						
Nosokomiale Dekubitus-prävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	–	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0 (-0.31 - 0.31)	0 (-0.31 - 0.31)	–	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***		–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		–	

* 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

Aufgrund der Pandemie wurde die Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus für das Jahr 2021 abgesagt.

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). ▪ 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. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

16 Zielerreichung und Gesundheitszustand

16.1 Eigene Messung

16.1.1 PROMs

Patient-reported outcome measures (PROMs) liefern Informationen zum Gesundheitszustand und zu den Auswirkungen einer Intervention/Behandlung aus Sicht einer Patientin oder eines Patienten. PROMs fördern die patientenorientierte Behandlung, die Kommunikation zwischen Patient und Arzt sowie das Patientenmanagement (Monitoring und Anpassung des Behandlungsverlaufs, Erkennung von unerkannten Krankheiten etc.). PROMs erlauben, Rückschlüsse auf den medizinischen Nutzen und die Indikationsstellung zu ziehen.

Diese Messung haben wir im Monat November durchgeführt.

Patientenadministration und Belegarztpraxis

Die Messungen werden bei der Patientengruppe der Leistungsgruppe HNO 2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie durchgeführt mit dem standardisierten Messinstrument SF-12

Die Resultate der durchgeführten Messinstrumente (standardisierter Fragebogen SF-12) zeigen, dass sich die körperliche Gesundheit innerhalb der ersten 4 Wochen postoperativ signifikant verbessert hat und gleichzeitig die seelischen Probleme deutlich abgenommen haben. Alle befragten Patienten waren 4 Wochen postoperativ selten bis nicht mehr eingeschränkt in ihrer körperlichen und /oder seelischen Gesundheit.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse sind positiv zu bewerten, da aus Sicht des Patienten keine postoperative Einschränkung der körperlichen Belastung und / oder der Lebensqualität vorhanden sind. Die Indikationsstellung für eine Operation kann als richtig bewertet werden.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Bemerkungen

Es handelt sich bei der Messmethode um ein standardisiertes Messverfahren SF-12, welche schon lange in der PROMs Erfassung international angewendet wird. Aufgrund der kleinen Anzahl wird der Bogen auf Papier durchgeführt.

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 Patientenzufriedenheit durch. Alle Ergebnisse werden systematisch erfasst und direkt mit den betroffenen Abteilungen bearbeitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 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.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Bemerkungen

Die Zufriedenheit der Patienten in allen Bereichen (Aufnahme, Arzt, Pflege, Hotellerie, Austritt) ist seit einigen Jahren konstant hoch, die Qualität wird in allen Bereichen als gut bis sehr gut bewertet.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Einführung PROMs

PROMs sollen einerseits messen, wie ein Patient oder einer Patientin den eigenen Gesundheitszustand einschätzt und andererseits die Wirkung einer Behandlung aufzeigen. PROMs können Fragen zur körperlichen Funktionsfähigkeit, zum psychischen Wohlbefinden, zu Symptomen, zum allgemeinen Gesundheitszustand etc. beinhalten.

Nach Schulung der Geschäftsleitung und Leitung Qualitätsmanagement wurde die Patientengruppe und die Messinstrumente evaluiert. In Absprache mit der Gesundheitsdirektion BL wurde entschieden, PROMs bei der Patientengruppe HNO2 durchzuführen mit dem standardisierten Fragebogen SF-12. Die Durchführung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den Belegarztpraxen.

Erstmals wurde im November 2021 der Fragebogen durchgeführt. Die Patienten werden 1 Woche postoperativ und 4 Wochen postoperativ zu ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit mündlich in der Praxis und am Telefon interviewt (Fragebogen SF-12). Die Ergebnisse werden dokumentiert. Der Fragebogen wird laufend während dem Jahr 2022 weiter eingesetzt bei der definierten Patientengruppe.

18.1.2 Umstellung Software Patientenadministration

Im Januar 2021 wurde das Projekt "Digitalisierung zur Verbesserung der Qualität dank neuer Software" gestartet mit der Gründung einer neuen Projektgruppe (bestehend aus interne MA und externen Berater) und der Evaluierung der Softwareprogramme.

April 2021 wurde das neue Softwareprogram mit externen Berater in der Testversion gestartet und während 9 Monaten REKOLE konform parametrisiert, die Mitarbeiter*innen wurden mehrmals geschult und seit dem 1.1.2022 erfolgt die gesamte Patientenadministration über das neue Softwareprogramm. Dank den neuen Tools konnte die interne Qualität und das Controlling verbessert werden. Der Aufbau des Controlling wird laufend eruiert und angepasst, da dank der Einführung des neuen Tools und eigenen Parametrisierung kann die Geschäftsleitung effizient und transparent laufend die wichtigsten Entwicklungen evaluieren, kontrollieren und verbessern.

Alle Vorbereitungen für die REKOLE Zertifizierungen sind Inhalt dieses Projektes. Sie sind teilweise abgeschlossen und teilweise noch in Vorbereitung. REKOLE Erst-Zertifizierung ist für das Jahr 2023 geplant.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

18.2.1 Durchführung Mitarbeiterzufriedenheit

Im Sommer 2021 wurde eine neue Umfrage Mitarbeiterzufriedenheit bei allen Mitarbeiter*innen in allen Bereichen durchgeführt. Die Rücklaufquote lag bei 70%, weshalb die Umfrage als "aussagekräftig" beurteilt werden kann.

Die Mitarbeiterzufriedenheit ist sehr hoch. Kritische Ergebnisse wurden mit der Geschäftsleitung und dem interdisziplinären Leitungsteam besprochen. Bestimmte Massnahmen wurden definiert und bereits umgesetzt.

Die Mitarbeiterumfrage wird im Jahre 2023 wiederholt.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 REKOLE Zertifizierung

Für das nächste Jahr streben wir die gemeinsame REKOLE Zertifizierung mit unserem externe REKOLE zertifizierten Spezialbuchhaltungsunternehmen an.

19 Schlusswort und Ausblick

Unsere tägliche Motivation ist den Patienten und Patientinnen aus der Region freie Arzt- und Spitalwahl zu ermöglichen und dabei Medizin der höchsten Qualität 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 spezialisiertes Wissen, permanente Weiterbildung, Digitalisierung und Qualitätssicherung weiterhin komplexe, hochstehende und individuelle Medizin anzubieten.

Im Fokus der nächsten Jahren steht, dass wir weiterhin beste Medizin in einem persönlichen Umfeld anbieten und dank unserer Effizienz ein attraktiver Partner für den Patienten, Prämienzahler und Versicherer sind.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
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

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/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 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.