HIRSLANDEN
ANDREASKLINIK

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	29.05.2018	Version 1
Durch:	Markus Absmeier, Stv. Direktor / Leiter Finanzen	

Hirslanden, AndreasKlinik Cham Zug

www.hirslanden.ch/andreasklinik

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 2017.

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.

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 2017

Frau
Carla Bundi
Qualitätsmanagerin
0417840950
carla.bundi@hirslanden.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swissnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.
Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. Anhang 1) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.
Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor 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 2017 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017 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 12
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren 13
4.5 Registerübersicht 13
4.6 Zertifizierungsübersicht 14

QUALITÄTSMESSUNGEN **15**

Befragungen **16**

5 Patientenzufriedenheit **16**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik 16
5.2 Eigene Befragung 18
5.2.1 Erweiterte ANQ-Patientenbefragung (HCAHPS) 18
5.2.2 Laufende stationäre Patientenbefragung PressGaney 19
5.3 Beschwerdemanagement 19

6 Angehörigenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

7 Mitarbeiterzufriedenheit **20**
7.1 Eigene Befragung 20
7.1.1 your voice Mitarbeiterzufriedenheit 20

8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

Behandlungsqualität **21**

9 Wiedereintritte **21**
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen 21
9.2 Eigene Messung 22
9.2.1 IQIP Indikator 7.1 Ungeplante Wiederaufnahme in die stationäre Akutversorgung 22

10 Operationen **23**
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen 23
10.2 Eigene Messung 24
10.2.1 IQIP Indikator 10.1 Ungeplante Rückkehr stationärer Patienten in den OP 24

11 Infektionen **25**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte 25

12 Stürze **26**
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz 26
12.2 Eigene Messung 27
12.2.1 IQIP Indikator 13.1 Dokumentierte Stürze 27

13 Wundliegen **28**
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) 28

13.2 Eigene Messungen 30
13.2.1 IQIP Indikator 15.15 Dekubitus bei stationären Akutpatienten 30
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.
15 Psychische Symptombelastung
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
17
Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.
18 Projekte im Detail 31
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 31
18.1.1 ISO 9001:2015 31
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017 31
18.2.1 Beschwerdemanagement 31
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 31
18.3.1 ISO 9001:2008 31
18.3.2 Brustzentrum 31
19 Schlusswort und Ausblick 32
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 33
Akutsomatik 33
Anhang 2
Herausgeber 35

1 Einleitung

Die AndreasKlinik gehört seit 2001 zur Privatklinikgruppe Hirslanden und befindet sich im Zentrum von Cham in einer sehr ruhigen Umgebung. Dank ihrer unverwechselbaren Architektur und Einrichtung strahlt die Klinik eine komfortable Hotel-Atmosphäre aus. Über 75 Beleg- und Konsiliarärzte aus verschiedenen Fachgebieten nutzen die moderne Infrastruktur der Klinik für ihre Patienten. Mit 56 Betten hat die AndreasKlinik eine überschaubare Grösse, so dass Patienten und Gäste immer persönlich betreut werden und gut aufgehoben sind. Über 270 Mitarbeitende sorgen für einen reibungslosen Ablauf.
Die AndreasKlinik wird durch einen Direktor geführt. Er wird durch das Managementteam unterstützt, welches neben dem Direktor aus vier Bereichsleitungen besteht. Das Managementteam sowie die Abteilungsleitenden bilden das Kader der Klinik. Teamleiter haben definierte Führungsaufgaben, gehören jedoch nicht zum Kader. Die Aufbauorganisation wird kontinuierlich der Entwicklung der strategischen Ausrichtung der Klinik angepasst.
Die Erstzertifizierung der AndreasKlinik fand im Jahr 2002 nach International Organization for Standardization (ISO)-Norm 9001:2000 statt. Die Rezertifizierungen 2005, 2009, 2012 und 2015 (9001:2008) wurden erfolgreich absolviert. In den Zwischenjahren wurden ebenfalls sämtliche Aufrechterhaltungsaudits erfolgreich durchlaufen. 2013 erfolgte die EFQM-Zertifizierung R4E 3*. Alle wesentlichen Abläufe der Klinik sind als Prozesse definiert, werden regelmässig auditiert und laufend den aktuellen Gegebenheiten angepasst. Sämtliche Prozesse sowie deren Hilfsdokumente sind für alle Mitarbeitenden zugänglich im elektronischen Managementsystem IMS hinterlegt.
Die AndreasKlinik steht allen Patienten mit entsprechender Versicherung offen. Das medizinische Leistungsangebot umfasst das gesamte Spektrum der Chirurgie (ohne spezialchirurgische Bereiche wie Herzchirurgie) sowie der Inneren Medizin. Die Schwerpunkte liegen in den Bereichen Gynäkologie & Geburtshilfe, Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie. Die attraktive Klinik bietet den Patienten viel Komfort und eine angenehme Ambiance.
Die AndreasKlinik verfügt über vier Operationssäle, zwei Überwachungsstationen mit entsprechenden Überwachungs- und Behandlungseinrichtungen (Intermediate Care Station und Aufwachraum) sowie einer Tagesklinik. Zu jeder Tages- und Nachtzeit ist in der Klinik ein Anästhesiefacharzt und/oder Notfallarzt anwesend. Ausserdem sind die behandelnden Ärzte oder deren Stellvertreter bei Bedarf jederzeit durch die Klinik erreichbar. Die Bettenstationen und die Intermediate Care Station sind durchgehend in Betrieb und rund um die Uhr hat eine Operations- und Anästhesie-Equipe Bereitschaftsdienst. Somit ist die medizinische Versorgung in Notfallsituationen jederzeit sichergestellt. Der AndreasKlinik sind ausserdem Zentren und Institute angegliedert, in denen die Fachärzte verschiedener Subspezialitäten eng und interdisziplinär zusammenarbeiten.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

- Qualitätsverantwortlicher - Dr. Urs Karli (Direktor)
- Qualitätsbeauftragter - Daria Osotvan (Bereichsleitung Kliniksche Bereiche)
- Qualitätsleitung - Carla Bundi (Qualitätsmanagerin)
- Mitglied Qualitätskommission - Markus Absmeier (Bereichsleitung Finanzen)
- Mitglied Qualitätskommission - Wolfram Beduhn (Bereichsleitung Hotellerie)
- Mitglied Qualitätskommission - Yvonne Hubeli (Bereichsleitung Pflegedienst)
- Materiovigilanzverantwortlicher - Urs Polli (Leiter Unternehmensentwicklung/Infrastruktur und SiBe)
- Pharmakovigilanzverantwortliche - Ricarda Luzio (Co-Leitung Pharmazeutische Bereiche Hirslandenklinik St. Anna)
- Hämovigilanzverantwortliche - Dr. Alexandra Kraft Lopreno (Anästhesieärztin)

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:
Linienfunktion Klinische Bereiche

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Dr. Urs Kali
Direktor, Qualitätsverantwortlicher
Hirslanden, AndreasKlinik Cham Zug
0417840984
urs.karli@hirslanden.ch

Frau Carla Bundi
Qualitätsleitung
Hirslanden, AndreasKlinik Cham Zug
0417840950
carla.bundi@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

Vor Ort sind wir die erste Wahl, weil wir unsere Patienten exzellet betreuen, lokal in der Gesellschaft verankert sind und als attraktiver Arbeitgeber qualifizierte und loyale Mitarbeitende fördern und fordern. Wir pflegen ein enges, parternschaftliches Verhältnis zu den Ärzten und unterhalten wertvolle Beziehungen zu allen Anspruchsgruppen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

- ISO-Aufrechterhaltung nach 9001:2008
- First, second und third Level Audit Risikomanagement
- Vertiefung Patientensicherheit

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

- Aufrechterhaltung ISO-Zeritifizerung nach 9001:2008
- Erfolgreiche first, second und third Level Audits Risikomanagement
- Ausbau und Verankerung des Hygienemanagements

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- ISO-Zertifizierung nach 9001:2015
- Vollständige Implementierung Materiovigilanzkonzept
- Zertifizierung Brustzentraum Aarau Cham

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 Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ 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:
▪ Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

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:
Patientenzufriedenheit
▪ Erweiterte ANQ-Patientenbefragung (HCAHPS)
▪ Laufende stationäre Patientenbefragung PressGaney
Mitarbeiterzufriedenheit
▪ your voice Mitarbeiterzufriedenheit

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Wiedereintritte
▪ IQIP Indikator 7.1 Ungeplante Wiederaufnahme in die stationäre Akutversorgung
Operationen
▪ IQIP Indikator 10.1 Ungeplante Rückkehr stationärer Patienten in den OP
Stürze
▪ IQIP Indikator 13.1 Dokumentierte Stürze
Wundliegen
▪ IQIP Indikator 15.15 Dekubitus bei stationären Akutpatienten

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Brustzentrum Aarau Cham

Ziel	Zertifizierung nach SGS/Krebsliga
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinische Bereiche
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2015-2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Belegärzte, Breast Care Nurses, Patientendisposition, Projektleiter und Klinischer Leiter
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung im Mai 2018

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 ein CIRS im Jahr 2010 eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

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

Bemerkungen
Durch Schulungen, Infoveranstaltungen für neue Mitarbeitende sowie den CIRS-Newsletter ist CIRS bei den Mitarbeitenden stets ein präsentes Thema. Die CIRS-Meldungen werden automatisch einem Meldekreisverantwortlichen sowie zusätzlich einer Koordinationsstelle zugeteilt. Die Koordinationsstelle übernimmt/organisiert die Bearbeitung der Fälle bei Abwesenheit des betreffenden Meldkreisverantwortlichen. So können CIRS-Fälle noch schneller bearbeitet und wo notwendig entsprechende Sofortmassnahmen eingeleitet werden.

Es wird unterschieden zwischen CIRS-Fälle (no harm events & near misses: Patient wird einer gefährlichen Situation ausgesetzt, erleidet aber aufgrund von Glück oder der frühzeitigen Erkennung der Situation keinen Schaden) und Events (Schädigung des Patienten ist eingetreten). Events ziehen automatisch eine systematische Fehleranalyse nach dem London Protokoll nach sich.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2013 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und der Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/ abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechneten und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	**Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet**	**Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment**	**Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment**	**Kommentare**
ISO 9001:2008	Ganzer Betrieb	2002	2015	
EFQM R4E 3*	Ganzer Betrieb	2013	2013	Seit 2007 C2E
Unicef Babyfreundliches Spital	Geburten-/Wöchnerinnenabteilung	2001	2012	Ausstieg aus dem Zertifikat im September 2015
Knorpeltransplantationen Novocart-3D-System	OP	2013	2013	

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 aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Hirslanden, AndreasKlinik Cham Zug	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.27 (4.13 - 4.41)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.52 (4.37 - 4.66)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.56 (4.43 - 4.69)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.75 (4.58 - 4.93)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.21 (4.04 - 4.38)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	95.50 %

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Gemäss aktuellem Zeitplan des ANQ's werden die **adjustierten Mittelwerte** erst im Herbst 2017 zur Verfügung stehen. Die prozentuale Antwortverteilung konnte bereits generiert werden und dabei schnitt die AndreasKlinik in allen Fragen sehr gut ab.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.		
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.		
Hirslanden, AndreasKlinik Cham Zug				
Anzahl angeschriebene Patienten 2016		249		
Anzahl eingetroffener Fragebogen		116	Rücklauf in Prozent	47 %

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Erweiterte ANQ-Patientenbefragung (HCAHPS)

Die Befragung des ANQ beschränkt sich auf wenige Fragen und ergibt daher nur ein globales Bild der Patientenzufriedenheit. Zudem erreichen jeweils fast alle Spitäler in der Schweiz sehr gute Werte. Diese geringe Differenzierung mindert die Aussagekraft der Resultate. Aus diesem Grund wurde die ANQ-Befragung der Patientenzufriedenheit von Hirslanden um Zusatzfragen aus der Umfrage HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) erweitert. HCAHPS ist die erste veröffentlichte Erhebung der Patientenzufriedenheit in Spitälern der USA, die landesweit und standardisiert durchgeführt wurde. Die Fragen von HCAHPS erlauben qualitative Antworten und geben damit ein differenziertes Bild der Patientenzufriedenheit ab.

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat September durchgeführt.
Die Befragung umfasste alle Bereiche der Klinik.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die detailierten Fragen und Antworten inklusive Benchmark können ausschnittsweise dem klinikeigenen Qualitätsbericht respektive dem Qualitätsbericht der Hirslandengruppe entnommen werden.

5.2.2 Laufende stationäre Patientenbefragung PressGaney

Das Unternehmen Press Ganey ist ein internationaler Anbieter von Messungen zur Patientenzufriedenheit. Weltweit befragen mehr als 2000 Kliniken ihre Patienten mit diesem Instrument, darunter renommierte Institutionen wie die Cleveland Clinic in den USA.

Ziel ist es, unternehmensweit eine vergleichbare Messung der Patientenzufriedenheit zu etablieren. Der Fragenbogen von Press Ganey wird seit April 2017 auch für die AndreasKlinik eingesetzt und wurde soweit als möglich auf Schweizer Gegebenheiten angepasst. Der Fragebogen umfasst rund 80 Fragen, die alle relevanten Aspekte von der ärztlichen Betreuung über die Pflege bis zur Hotellerie und Gastronomie abdecken. Die Patientenbefragung zeigt jährlich Verbesserungs- und Weiterentwicklungspotenzial in der Patientenbehandlung auf und ist somit ein wichtiges Element in der Steigerung des Patientennutzens. Mit der Messung nach Press Ganey wird dieser kontinuierliche Verbesserungsprozess konsequent umgesetzt:

- Die Messung erfolgt nicht mehr punktuell (1- bis 2-mal pro Jahr), sondern fortlaufend, indem jeder Patient den Fragebogen erhält. Die Resultate werden so aussagekräftiger.
- Die einheitliche und standardisierte Messung erlaubt ein klinikgruppeninternes sowie internationales Benchmarking
- Die Messergebnisse werden noch systematischer als bisher analysiert, um daraus Ziele und Verbesserungsmassnahmen abzuleiten.

Da die Patientenzufriedenheitsmessung über Press Ganey erst im April 2017 aufgenommen wurde, liegt für den diesjährigen Qualitätsbericht noch keine umfassende Datenbasis vor. In der nächsten Ausgabe des Qualitätsberichts 2018 werden die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsmessung auf der Grundlage von Press Ganey vorliegen.

Diese Patientenbefragung haben wir vom April 2017 bis Dezember 2017 durchgeführt.
Ärztlichen Betreuung, Pflege, Hotellerie und Gastronomie.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Da die Patientenzufriedenheitsmessung über Press Ganey erst im April 2017 aufgenommen wurde, liegt für den diesjährigen Qualitätsbericht noch keine umfassende Datenbasis vor. In der nächsten Ausgabe des Qualitätsberichts 2018 werden die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsmessung auf der Grundlage von Press Ganey vorliegen.

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden, AndreasKlinik Cham Zug
Direktionssekretariat
Anita Odermatt
Mitarbeiterin Direktionssekretariat / Marketing
041 784 09 01
anita.odermatt@hirslanden.ch
Mo – Fr, 08.00 - 12.00 und 13.00 – 17.00 Uhr

7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 your voice Mitarbeiterzufriedenheit

Ziel der Umfrage ist es, die Arbeitszufriedenheit sowie die Mitarbeiterbindung zur Klinik zu stärken. Die Kadermitarbeitenden sind befähigt, die Ergebnisse zu verstehen und zu interpretieren um in Gruppenarbeit als Team die Ergebnisse zu evaluieren, ein Leistungsziel zu definieren und einen Massnahmenplan zu erstellen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.
Die Befragung wurde in allen Abteilungen durchgeführt.
Alle Mitarbeitenden der Klinik wurden befragt.

26 Aussagen wurden auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme vollständig zu) eingeschätzt. An der Befragung teilgenommen haben 180 Mitarbeitende. Dies entspricht einer Beteiligungsquote von 70%. Bei den 13 Kernfragen der Mitarbeiterbefragung ergab sich ein Gesamtdurchschnittswert von 3.98 (Vorjahr 3.95).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Gallup
Methode / Instrument	Onlinefragebogen

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

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.

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

Begründung

Die Messungen mit dem SQLape-Tool ergeben keine plausiblen Daten. Daher verzichtet die AndreasKlinik auf die Publikation dieser nicht validierten Ergebnisse. Beispielsweise werden Urolithiasisfalle oder auch Chemotherapien weiterhin als Rehospitalisation identifiziert.

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

Bemerkungen

Die AndreasKlinik misst die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit IQIP.

9.2 Eigene Messung

9.2.1 IQIP Indikator 7.1 Ungeplante Wiederaufnahme in die stationäre Akutversorgung

Das International Quality Indicator Project (IQIP) dient Gesundheitsorganisationen als Instrument für die Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verbesserung der klinischen und pflegerischen Versorgungsleistung. Die AndreasKlinik verwendet dieses Instrument der Ergebnisqualitätsmessung mit dem Ziel, die Kernprozesse der Pflege und Medizin strukturiert auf Verbesserungspotentiale überprüfen zu können.
Für die Berechung der Rehospitalisationsrate wird der prozentuale Anteil der *Anzahl der ungeplanten Wiederaufnahmen in die stationäre Akutversorgung auf Grund von gleichen oder zusammenhängenden Beschwerden innerhalb von 15 Tagen nach Austritt* zu der *Anzahl der Entlassungen aus der stationären Aktuversorgung* ermittelt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Die Messung wurde über alle Abteilungen durchgeführt.
Es werden sämtliche stationären Fälle für die Messung berücksichtigt.

Rehospitalisationsrate 2017: 1.16% (Vorjahr 1.23%)

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Hirslanden intern
Methode / Instrument	Indikatorenerhebung

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).
Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

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

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.

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

Begründung

Die Messungen mit dem SQLape-Tool ergeben keine plausiblen Daten. Daher verzichtet die AndreasKlinik auf die Publikation dieser nicht validierten Ergebnisse. Beispielsweise werden zweizeitige, doppelseitige Eingriffe als Reoperationen bewertet.

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

Bemerkungen

Die AndreasKlinik misst die potentiell vermeidbaren Reoperationen mit IQIP.

10.2 Eigene Messung

10.2.1 IQIP Indikator 10.1 Ungeplante Rückkehr stationärer Patienten in den OP

Das International Quality Indicator Project (IQIP) dient Gesundheitsorganisationen als Instrument für die Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verbesserung der klinischen und pflegerischen Versorgungsleistung. Die AndreasKlinik verwendet dieses Instrument der Ergebnisqualitätsmessung mit dem Ziel, die Kernprozesse der Pflege und Medizin strukturiert auf Verbesserungspotentiale überprüfen zu können.
Für die Berechung der Reoperationsrate wird der prozentuale Anteil der *Anzahl der ungeplanten Rückverlegungen stationärer Patienten in den OP* zu der *Anzahl der Verlegungen stationärer Patienten in den OP* ermittelt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Die Messung wurde über alle Abteilungen durchgeführt.
Es werden sämtliche stationären Fälle für die Messung berücksichtigt.

Reoperationsrate 2017: 1.38% (Vorjahr 1.15%)

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Hirslanden intern
Methode / Instrument	Indikatorenerhebung

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

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.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

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

Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
Hirslanden, AndreasKlinik Cham Zug				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	3	2	0	0
In Prozent	7.00%	4.40%	0.00%	0.00%

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

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

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

Hirslanden, AndreasKlinik Cham Zug			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	34	Anteil in Prozent (Antwortrate)	94.00%

12.2 Eigene Messung

12.2.1 IQIP Indikator 13.1 Dokumentierte Stürze

Das International Quality Indicator Project (IQIP) dient Gesundheitsorganisationen als Instrument für die Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verbesserung der klinischen und pflegerischen Versorgungsleistung. Die AndreasKlinik verwendet dieses Instrument der Ergebnisqualitätsmessung mit dem Ziel, die Kernprozesse der Pflege und Medizin strukturiert auf Verbesserungspotentiale überprüfen zu können.
Für die Berechung der Sturzrate wird der Anteil der *Anzahl dokumentierter Stürze* pro *1000 Patiententage* ermittelt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Die Messung wurde über alle Abteilungen durchgeführt.
Es werden sämtliche stationären Fälle für die Messung berücksichtigt.

Sturzrate 2017: 2.12‰ (Vorjahr 1.6‰)

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Hirslanden intern
Methode / Instrument	Indikatorenerhebung

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 Schwerkräften.

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 seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. 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			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Hirslanden, AndreasKlinik Cham Zug						
Nosokomiale Dekubitus-prävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4				0	-

* 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.

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

Hirslanden, AndreasKlinik Cham Zug

Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	34	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	94.00%

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 IQIP Indikator 15.15 Dekubitus bei stationären Akutpatienten

Das International Quality Indicator Project (IQIP) dient Gesundheitsorganisationen als Instrument für die Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verbesserung der klinischen und pflegerischen Versorgungsleistung. Die AndreasKlinik verwendet dieses Instrument der Ergebnisqualitätsmessung mit dem Ziel, die Kernprozesse der Pflege und Medizin strukturiert auf Verbesserungspotentiale überprüfen zu können.
Für die Berechung der Dekubitusrate wird der prozentuale Anteil der *Anzahl der Patienten die während desselben stationären Aufenthaltes mindestens einen Dekubitus (unabhängig vom Grad) entwickelt haben* im Verhältnis zur *Anzahl der Pflegetage* ermittelt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Die Messung wurde über alle Abteilungen durchgeführt.
Es werden sämtliche stationären Fälle für die Messung berücksichtigt.

Dekubitusrate 2017: 0.01% (Vorjahr 0.05%)

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Hirslanden intern
Methode / Instrument	Indikatorenerhebung

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 ISO 9001:2015

- Internes Projekt mit Start Anfang 2017 und Abschluss Herbst 2018.
- Aktuell ist die AndreasKlinik nach ISO 9001:2008 zertifiziert. Die anstehene Rezertifizierung 2018 wird dazu verwendet den Übertritt auf die neue Norm 9001:2015 zu vollziehen.
- SOLL / IST-Analyse durchführen, Massnahmenplan erarbeiten, Massnahmen umsetzen und evaluieren.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Beschwerdemanagement

Internes Projekt von Oktober bis Dezember 2017 zur koordinierten und optimierten Rückmeldung auf Beschwerden. Beschwerden werden je nach Zustellungskanal und Inhalt einem verantwortlichen Meldekreis zugewiesen. Pro Meldekreis gibt es einen Meldekreisverantwortlichen, welcher für die inhaltliche Bearbeitung der Beschwerde verantwortlich ist. Rückmeldung an den Beschwerdeführer erfolgt über Direktionsseketariat, Guest Relations oder QM. Beschwerden werden zentral erfasst und der Status laufend nachgeführt.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2008

- Jährliches, internes Projekt. Rezertifizierung jeweils nach drei Jahren, dazwischen jährliche Aufrechterhaltungsaudits.
- Erfolgreiche Rezertifizierung.
- Laufende Aktualisierung und Überarbeitung der Dokumentation und der Prozesse durch Prozesseigner / Inputs aus den vergangenen Audits auf Umsetzbarkeit prüfen und wo sinnvoll umsetzen.
- Zertifizierung nach ISO 9001:2015 bis 2018.

18.3.2 Brustzentrum

- Gemeinsames Projekt mit der Hirslanden Klinik in Aarau. Mit Start im April 2015 und Dauer bis Mai 2018.
- Ziel ist die Zertifizierung des gemeinsamem Brustzentrums nach SGS/Krebsliga.
- Einsatz von Breast Care Nurses über beide Standorte.
- Ein standortübergreifendes prä- und posttherapeutisches Tumorboard über Videokonferenz.
- Datamanagement der Tumordatenbank ODSeasy sowie ein regelmässiges Reporting.
- Die Zertifizierung ist für Mai 2018 geplant.

19 Schlusswort und Ausblick

Aus Sicht des Qualitätsmanagements stehen das Risikomanagement sowie das zweitägige ISO-Rezertifizierungsaudit im Zentrum des kommenden Jahres. Bereits wurde schon damit begonnen die Normenrevision 9001:2015 in die Prozesse einzubauen.
Die Aktivitäten im Bereich Hygiene werden auch kommendes Jahr fortgesetzt. Nebst Schulungen und Weiterbildungen wird auch der jährliche Händehygienetag wieder genutzt, um Mitarbeitende und auch Patienten für das Thema Händehygiene zu sensibilisieren.
Prozess- und Ablaufevaluationen werden weiterhin dazu beitragen, dass Vorgehensweisen ständig hinterfragt und so sinnvoll angepasst und optimiert werden. Die kontinuierlichen Begleitevaluationen von getroffenen Massnahmen und ihre Wirksamkeit sind unumgänglich und werden die AndreasKlinik auch 2018 weiter beschäftigen.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: Jahresbericht

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)

Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Plexuschirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und >= 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und >= 1250g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und >= 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und >= 1250g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie

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/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht

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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.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**).