

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

30.5.2018
Stephan Eckhart, Direktor

Version 2



Hirslanden, Klinik Im Park

www.hirslanden.ch/impark



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
Sandra Maienza
Qualitätsmanagerin
044/209 23 45
sandra.maienza@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 Swisnoso 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	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	12
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	12
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	15
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	16
4.5 Registerübersicht	17
4.6 Zertifizierungsübersicht	18
QUALITÄTSMESSUNGEN	19
Befragungen	20
5 Patientenzufriedenheit	20
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	20
5.2 Beschwerdemanagement	21
6 Angehörigenzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	22
7.1 Eigene Befragung	22
7.1.1 Mitarbeiterbindung mit Gallup (4 Jahres Programm)	22
8 Zuweiserzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	23
9 Wiedereintritte	23
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	23
10 Operationen	24
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	24
11 Infektionen	25
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	25
12 Stürze	27
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	27
13 Wundliegen	29
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	29
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
15 Psychische Symptombelastung	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	
Weitere Qualitätsmessungen können dem Qualitätsbericht unter folgendem Link entnommen werden.	

18	Projekte im Detail	31
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	31
18.1.1	Ideenmanagement	31
18.1.2	Kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung nach Press Ganey	31
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	32
18.2.1	Umbau Operationszentrum Bellaria	32
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	32
18.3.1	Zertifizierungsprojekte	32
19	Schlusswort und Ausblick	33
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		34
Akutsomatik		34
Anhang 2		
Herausgeber		37

1 Einleitung

Unsere Vision

SCHWEIZWEIT VERTRAUEN GENIESSEN UND VOR ORT ERSTE WAHL SEIN

Wir geniessen schweizweit Vertrauen, weil wir messbar höchste Qualität erbringen und alle unsere Tätigkeiten konsequent auf die Bedürfnisse unserer Patienten ausrichten. Als grösster Anbieter medizinischer Leistungen vereinen wir alle relevanten Fachgebiete und die besten Ärzte unter einem Dach. Wir handeln verantwortungsvoll und nachhaltig. Damit sichern wir langfristig unser erfolgreiches Wachstum in der Schweiz und tragen dazu bei, dass Mediclinic International weltweit eine Spitzenposition im Gesundheitswesen einnimmt.

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

WIR SIND DIE PRIVATKLINIK AM LINKEN ZÜRICHSEEUFER MIT HOCHSPEZIALISierter MEDIZIN

Die Privé-Klinik am linken Seeufer

Hirslanden Privé ist nicht einfach ein Standard, sondern eine Haltung. Unsere diskret inszenierten Dienstleistungen erfüllen die Erwartungen anspruchsvoller Gäste.

Vertragsspital

Als Vertragsspital mit spezialisierter und hochspezialisierter Medizin streben wir danach, alle Anforderungen an ein Listenspital zu erfüllen, um unsere Qualität und Leistungsfähigkeit nach aussen zu dokumentieren.

Hochspezialisierte Medizin

In den Bereichen der Herz- und Viszeralmedizin bieten wir unseren Patienten herausragende Expertise der Fachärzte, modernste Technologie und multidisziplinäre Behandlungskonzepte und erfüllen die Bedingungen für einen HSM-Leistungsauftrag.

Was ist Qualitätsmanagement?

"Qualität ist optimale Kundenzufriedenheit, bei optimalem Ressourceneinsatz."

Qualitätsmanagement umfasst die Gesamtheit aller Aktivitäten und Anstrengungen, die das Erbringen von qualitativ guten Dienstleistungen am Patienten fördern. Qualität hat eine Struktur-, eine Prozess- und eine Ergebnisdimension.

Das bedeutet zusammenfassend

Gute strukturelle Voraussetzungen (Personal, Einrichtungen, Material und Organisation) führen mit Hilfe definierter, beherrschter Arbeitsabläufen/Prozessen zu guten Ergebnissen, die gemessen werden können und müssen.

Letztlich zählen nur die guten Ergebnisse

Sei es die Zufriedenheit der Patienten, das medizinische Ergebnis oder die positiven finanziellen Resultate. Diese Ergebnisse entstehen jedoch nicht zufällig, sondern aufgrund der Qualität von Strukturen und Prozessen und des Engagements motivierter, kundenorientierter Mitarbeitenden.

Patientensicherheit

Klinisches Risikomanagement

Im Spital ist das klinische Risikomanagement ein wesentlicher Bestandteil des Gesamt-Risikomanagements und dieses wiederum vom Qualitätsmanagement.

Ziel

Das wichtigste Ziel des klinischen Risikomanagements ist die Gewährleistung der Patientensicherheit durch Schadensverhütung bzw. aktive Vermeidung von Schadensquellen.

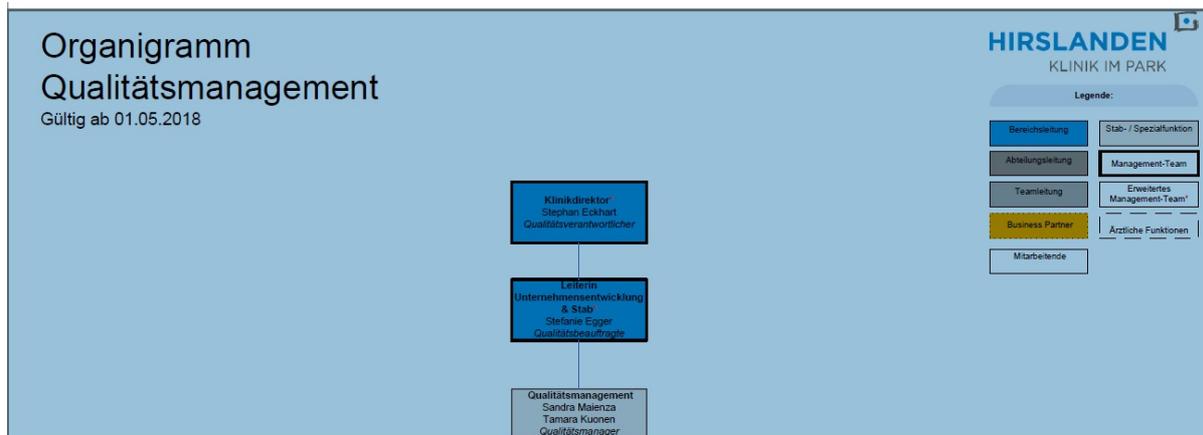
Hauptaufgaben

Bestehende Gefahrenpotentiale erkennen, bewerten, bewältigen oder beseitigen und anschliessend kontinuierlich überwachen, das sind die Hauptaufgaben des klinischen Risikomanagements.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **130%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Stefanie Egger
Leiterin Unternehmensentwicklung
Hirslanden, Klinik Im Park
044/209 25 58
stefanie.egger@hirslanden.ch

Frau Sandra Maienza
Qualitätsmanagerin
Hirslanden, Klinik Im Park
044/209 23 45
sandra.maienza@hirslanden.ch

Frau Tamara Kuonen
Qualitätsmanagerin
Hirslanden, Klinik Im Park
044/209 22 32
tamara.kuonen@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätspolitik von Hirslanden

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Durchführung ISO Rezertifizierung

Durchführung ISO Aufrechterhaltungsaudit 9001:2008 im Juni 2017 mit Prüfung und Umsetzung der Empfehlungen aus dem Aufrechterhaltungsaudit.

Überarbeitung SSC

Aufgrund diverser Rückmeldungen und Beobachtungen im Zusammenhang mit der Umsetzung der SSC hat die Klinik Im Park 2017 mit einer interdisziplinären Arbeitsgruppe die SSC überarbeitet. Dabei wurden die einzelnen Prozessschritte sowie die Gestaltung der SSC analysiert und optimiert.

Neue Meldekreise CIRS

Neustrukturierung und Zustellung der CIRS Meldekreise. Dadurch können die CIRS Meldungen von den Mitarbeitern gezielter an die involvierten Bereiche zugestellt werden. Dies ermöglicht eine noch gezieltere Bearbeitung der CIRS Fälle durch die Verantwortlichen der jeweiligen Meldekreise mit Rückmeldung an die Mitarbeiter.

Einführung Patientenzufriedenheitsbefragung nach Press Ganey

Die Patientenzufriedenheit ist ein zentraler Qualitätsindikator, den die Privatklinikgruppe Hirslanden seit vielen Jahren erhebt. Neu ist Press Ganey als Partner ausgewählt worden. Sie ergänzt die Nationale Patientenbefragung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Die Messung nach Press Ganey ermöglicht uns, die Patientenzufriedenheit kontinuierlich zu messen und so noch systematischer zu steigern, die Patientensicherheit weiter zu erhöhen und Verbesserungspotenziale rasch zu erkennen und auszuschöpfen.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Relaunch SSC

Nach Überarbeitung der SSC durch die interdisziplinäre Arbeitsgruppe wurden die SSC nach intensiver Kommunikation während zwei Wochen erneut im Alltag "eingeführt". Dies wurde durch Fachpersonen vor Ort intensiv begleitet. Den Mitarbeiter standen während den zwei Wochen Fachpersonen für Fragen und Unklarheiten zur Verfügung.

Sensibilisierung Patientensicherheit

Die Klinik Im Park hat sich aktiv am internationalen Patientensicherheitstag beteiligt, um auf das Thema Patientensicherheit im Spital weiter zu sensibilisieren. Thema Kommunikation im Gesundheitswesen, wenn Schweigen gefährlich ist.

Etablierung Meldeprozesse Vigilanz

Alle Mitarbeiter aus medizinischen Bereichen wurden zum korrekten Vorgehen bei Vorkommnissen mit Medizinprodukten geschult. Das Erfassen der Meldungen konnte in das bestehende Tool integriert werden und ermöglicht den Mitarbeitern ein unkompliziertes Erfassen der Meldungen.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Etablierung Konzept Patientensicherheit in der gesamten Klinik

Umsetzung des Konzeptes und kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung der einzelnen Themen aus dem Konzept.

Optimierung Prozessmanagement

Etablierung prozessorientiertes Denken der Mitarbeiter, weg von Abteilungsdenken, damit die Wertschöpfungskette bestmöglich für den Patienten und die Mitarbeiter optimiert werden kann. Schulung sämtlicher Prozessverantwortlichen im Bereich Prozessmanagement. Einführung BPMN 2.0. Fortlaufende Einführung eines neuen Prozessmanagementtools.

Umsetzung neue Norm ISO DIN 9001:2015

Die bis jetzt geltende ISO Norm 9001:2008 wird durch die überarbeitete Norm bis ins Jahr 2018 ersetzt.

Etablierung Patientenzufriedenheitsbefragung nach Press Ganey

Die Patientenzufriedenheit ist ein zentraler Qualitätsindikator, den die Privatklinikgruppe Hirslanden seit vielen Jahren erhebt. Neu ist Press Ganey als Partner ausgewählt worden. Sie ergänzt die Nationale Patientenbefragung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Die Messung nach Press Ganey ermöglicht uns die Patientenzufriedenheit kontinuierlich zu messen und so noch systematischer zu steigern, die Patientensicherheit weiter zu erhöhen und Verbesserungspotenziale rasch zu erkennen und auszuschöpfen.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ potentiell vermeidbare Rehospitalisationen ▪ potentiell vermeidbare Reoperationen ▪ Erhebung postoperative Wundinfektionen ▪ Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus ▪ Nationale Patientenbefragung

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:

Mitarbeiterzufriedenheit

- Mitarbeiterbindung mit Gallup (4 Jahres Programm)

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Ideenmanagement

Ziel	1. Der Prozess Ideenmanagement ist optimiert. 2. Bestehende Prozesse und Strukturen werden durch Mitarbeitende kontinuierlich optimiert
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab Herbst 2018 fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Durch diese Ausrichtung und Einbindung aller Mitarbeitenden, unabhängig ihrer Hierarchieebene innerhalb des Unternehmens, erhalten die Mitarbeitenden die Möglichkeit, aktiv an den Veränderungen Bottom up mitzuwirken. Durch diese gezielte Einbindung der Mitarbeitenden und Veränderungsinputs Bottom up wird erreicht, dass die Qualität an jedem einzelnen Arbeitsplatz sichergestellt wird.
Methodik	KAIZEN Board
Involvierte Berufsgruppen	alle Mitarbeiter der Klinik

Kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung

Ziel	Die umfangreichen Ergebnisse und die vertiefte Analysemöglichkeit dieser neuen Patientenzufriedenheits-Erhebungsart erlauben uns, detaillierte Verbesserungs-Massnahmen zu ergreifen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik (stationäre Patienten)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend seit Januar 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Sie ergänzt die Nationale Patientenbefragung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), an der wir mit allen Kliniken seit 2011 teilnehmen.
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsmanagement, alle Führungskräfte der Klinik

Schulung Meldeprozesse

Ziel	Erhöhung Sensibilität der Mitarbeiter und Steigerung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Kontinuierliche Verbesserung unerwünschter Ereignisse, welche durch die Mitarbeiter der Klinik gemeldet werden
Involvierte Berufsgruppen	alle Mitarbeiter

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 2006 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

Die Klinik Im Park ist stetig darum bemüht, die Bearbeitung der CIRS Fälle zu optimieren. Wir beleuchten kritisch unsere Organisation und unser Vorgehen der entsprechenden Strukturen und Gremien und leiten Verbesserungsmöglichkeiten diesbezüglich ein, um das Lernen aus Zwischenfällen optimal gestalten zu können.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2012 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/qr/applet/5cd6dee189bbb47dd125b3bde924ad0c3a62a7aa/> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2017 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2007
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2014
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2013
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
SGHC Register der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie	Herz- und thorak. Gefässchirurgie	hcri AG www.sghc-sscc.ch/ www.hcri.ch/dienstleistungen/herzchirurgie	2016

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
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Gesamte Klinik	2006	2014	
EFQM	Ganze Klinik Im Park, Business für Exc.	2006	2016	Stufe Recognized for Excellence 3 Sterne
ISO DIN 9001:2008	Gesamte Klinik	2009	2015	jährliche Aufrechterhaltungs-Audits
Anerkannte Intensivstationen der SGI	Intensivstation	2011	2011	

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 Patientenbefragungen 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, Klinik Im Park	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.34 (4.23 - 4.44)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.63 (4.53 - 4.74)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.56 (4.46 - 4.66)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.59 (4.46 - 4.72)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.08 (3.95 - 4.20)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	94.23 %

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

Die Klinik Im Park ist mit den Ergebnissen der Zufriedenheitsbefragung zufrieden. Ergänzend zur ANQ Zufriedenheitsbefragung führt die Klinik Im Park eine kontinuierliche Befragung durch. Die Ergebnisse aus der Befragung werden regelmässig und zeitnah analysiert und entsprechende Massnahmen eingeleitet. Weitere Informationen können dem Qualitätsbericht unter folgendem Link entnommen werden.

<https://www.hirslanden.ch/de/corporate/qualitaet/qualitaet-bei-hirslanden/qualitaetsbericht.html>

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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Hirslanden, Klinik Im Park			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	428		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	214	Rücklauf in Prozent	50 %

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden, Klinik Im Park

Guest Relations

Claudia Weil

Leiterin Guest Relations

044/209 21 41

GuestRelations.Impark@hirslanden.ch

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 Mitarbeiterbindung mit Gallup (4 Jahres Programm)

Vom 14. November bis 4. Dezember 2017 fand zum dritten Mal die gruppenweite Your Voice-Mitarbeiterbefragung in Zusammenarbeit mit der Firma Gallup statt. Die Befragung ist Teil eines „Employee Engagement“-Programms, das Mediclinic Switzerland, Middle East und Southern Africa während vier Jahren einmal pro Jahr gleichzeitig durchführen. Gallup ist eine der international führenden Firmen im Bereich des Employee Engagements. Die sog. „Q12“, d.h. die von Gallup vorgegebenen 12 Fragen, anhand derer die Mitarbeiter u.a. befragt werden, sind empirisch überprüft, werden weltweit eingesetzt und können mit verschiedenen anderen Daten (z.B. der Patientensicherheit) in Beziehung gesetzt werden. Ziel des Programms ist es, sowohl die Arbeitszufriedenheit, als auch die Bindung der Mitarbeiter zu Hirslanden zu stärken. Die Befragung erfolgt vertraulich (Papierfragebogen bzw. Online bei persönlichem E-Mail-Account) und ist gegenüber Hirslanden anonym. Hirslanden erhält nur aggregierte Resultate auf Ebene Organisationseinheit, sofern die Beteiligung der Einheit bei mindestens 4 Personen liegt. Die Befragung umfasst insgesamt 26 Fragen, welche auf einer 5-stufigen Skala entsprechend dem Grad der Zustimmung eingeschätzt werden. Zusätzlich zu den zwölf Q-Fragen von Gallup haben Hirslanden und Mediclinic weitere Fragen definiert, die auf allen drei Plattformen eingesetzt werden. Die gesamte Mitarbeiterbefragung wird mittels eines Kommunikationskonzepts auf Gruppen- und Klinik-Ebene begleitet.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.
gesamte Klinik

Die Ergebnisse der dritten Umfrage (2017) zeigen weiterhin eine sehr erfreuliche Entwicklung auf – die Resultate sind gegenüber dem Vorjahr noch einmal deutlich gestiegen. Der durchschnittliche Wert für die Mitarbeiterbindung (Engagement Score) hat sich dieses Jahr erfreulicherweise erneut erhöht: es konnte insgesamt ein Anstieg von 3.88 auf 4.01 verzeichnet werden (der Wert für die Mitarbeiterbindung ergibt sich aus dem Durchschnitt der Bewertungen für die ‚Q12-Fragen‘). Die Klinik Im Park konnte sich fast durchgehend (kleiner Rückgang bei Q0 - Zufriedenheitswert) bei allen Fragen verbessern. Auf Klinik-Ebene verfügen wir weiterhin über eine solide Basis. Den Mitarbeitern scheint die Wichtigkeit ihres Beitrages an die Ziele der Klinik etwas klarer zu sein, trotzdem liegt bei der Q8-Frage weiterhin eines unserer grössten Potentiale.

Massnahmen

Alle Führungskräfte der Klinik Im Park haben ihre Ergebnisse mit ihren Teams diskutiert und gemeinsam geeignete Massnahmen erarbeitet und umgesetzt. Aus den Analysen der zurückliegenden Umfragen haben wir gelernt, dass gerade in den Massnahmenworkshops und der konsequenten Umsetzung der definierten Massnahmen der Schlüssel zum Erfolg liegt. Innerhalb der Klinik wurden insgesamt 49 Massnahmen definiert und umgesetzt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Firma Gallup
Methode / Instrument	Firma Gallup

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

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

Messergebnisse

Datenanalyse	2016 **
Hirslanden, Klinik Im Park	
Erwartete Rate	3.90%
Verhältnis der Raten***	0.92

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

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

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Hirslanden, Klinik Im Park		
Anzahl auswertbare Austritte:		

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

Datenanalyse	2016 **
Hirslanden, Klinik Im Park	
Beobachtete Rate	2.49%
Erwartete Rate	2.56%
Verhältnis der Raten***	0.97

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

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

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Hirslanden, Klinik Im Park		
Anzahl auswertbare Operationen:		

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)
▪ Herzkranzgefässbypass
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Hirslanden, Klinik Im Park						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	38	3	11.76%	9.80%	2.90%	7.90% (1.70% - 21.40%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
Hirslanden, Klinik Im Park						
Herzkranzgefäßbypass	39	2	0.00%	2.00%	2.20%	5.10% (0.60% - 17.30%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	73	0	0.00%	1.20%	1.10%	0.00% (0.00% - 4.90%)

* 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

Bei den postoperativen Wundinfektionen sind keine Auffälligkeiten zu beobachten. Neue Infektionen sind bei den 3 beobachteten Operationen nicht aufgetreten. Hier kann weiterhin ein sehr guter Standard des postoperativen Verlaufs bei den ausgewählten Indikatoroperationen attestiert werden.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
Hirslanden, Klinik Im Park				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	3	4	2
In Prozent	3.00%	5.30%	6.00%	3.30%
Residuum* (CI** = 95%)			0.42 (0.41 - 1.26)	

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

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Fortlaufende Analyse der Meldungen auf Optimierungspotenzial und Umsetzung von Massnahmen zur Prophylaxe. Entwicklung eines eigenen Sturzprophylaxe-Konzeptes; z.B. Verzicht/ zurückhaltender Einsatz von Benzodiazepinen (Schlafmittel).

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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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, Klinik Im Park			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017		Anteil in Prozent (Antwortrate)	-

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen 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, Klinik Im Park						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	3	0	4	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)			1.52 (0.75 - 2.28)		-

* 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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Fortlaufende Analyse der Meldungen auf Optimierungspotenzial und Umsetzung von Massnahmen zur Prophylaxe.

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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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, Klinik Im Park			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017		Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	-

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Ideenmanagement

Was tun Wir:

Wir fördern und optimieren das Ideenmanagement durch das Einbinden aller Mitarbeiter in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Konkret bedeutet das, dass alle Mitarbeiter dazu angehalten werden, bestehende Prozesse und Strukturen kritisch zu beleuchten und hinterfragen und durch ihre Verbesserungsmassnahmen zu optimieren.

Warum tun wir es:

Durch diese Ausrichtung und Einbindung aller Mitarbeiter, unabhängig ihrer Hierarchieebene innerhalb des Unternehmens, erhalten die Mitarbeitenden die Möglichkeit, aktiv an den Veränderungen Bottom up mitzuwirken. Durch diese gezielte Einbindung der Mitarbeiter und Veränderungsinputs Bottom up wird erreicht, dass die Qualität an jedem einzelnen Arbeitsplatz sichergestellt wird.

Das Projekt wurde auf zwei Pilotstationen über 6 Monate umgesetzt. Die Projektziele konnten teilweise erreicht werden. Die Zieldefinition der Anzahl eingehenden Meldungen musste überdenkt und angepasst werden.

Das Ziel „Bestehende Prozesse und Strukturen werden durch Mitarbeiter kontinuierlich optimiert“ konnte erreicht werden und somit hat das Management Team der Klinik beschlossen, das Ideenmanagement etappenweise in der gesamten Klinik auszurollen.

18.1.2 Kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung nach Press Ganey

Was tun wir:

Die Patientenzufriedenheit ist ein zentraler Qualitätsindikator, den die Privatklinikgruppe Hirslanden seit vielen Jahren erhebt. In Zukunft werden wir die entsprechende Messung in Zusammenarbeit mit dem darauf spezialisierten Unternehmen **Press Ganey** durchführen. Sie ergänzt die Nationale Patientenbefragung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), an der wir mit allen Kliniken seit 2011 teilnehmen.

Warum tun wir es:

Der Messung der Patientenzufriedenheit liegt seit jeher das Ziel zugrunde, Ansatzpunkte zu ihrer kontinuierlichen Erhöhung zu identifizieren. Mit Press Ganey wird uns das aus mehreren Gründen noch besser gelingen:

- Die Messung erfolgt nicht mehr punktuell (1- bis 2-mal pro Jahr), sondern fortlaufend, indem jeder Patient den Fragebogen erhält. Dadurch erhalten wir viel aussagekräftigere Resultate.
- Die einheitliche und standardisierte Messung erlaubt ein internationales Benchmarking über alle Mediclinic-Plattformen hinweg und darüber hinaus.
- Die Messergebnisse werden noch systematischer als bisher analysiert, um daraus Ziele und Verbesserungsmassnahmen abzuleiten.
- Das Lernen von den Besten (best practice) wird zwischen den drei Mediclinic-Plattformen erleichtert und gefördert, unter anderem durch den Zugang zu einer "library of best practice advice".

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Umbau Operationszentrum Bellaria

Im Sommer 2017 konnte der rund sechsmonatige Umbau der seit 20 Jahren etablierten Tagesklinik Bellaria abgeschlossen werden, neu „Operationszentrum Bellaria“ genannt. Mit der Renovation und dem Umbau der Räumlichkeiten wurden in einem breit angelegten interdisziplinären Projekt aus Pflege, Ärzteschaft und erfahrenen Experten für ambulante Medizin auch sämtliche klinischen Prozesse hinterfragt, neu gestaltet und den modernen Anforderungen an ambulantes Operieren angepasst.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierungsprojekte

Im Berichtsjahr 2017 haben keine Zertifizierungsprojekte stattgefunden.

19 Schlusswort und Ausblick

Das Qualitätsmanagement wird sich im Jahr 2018/2019 auf folgende Schwerpunkte konzentrieren, um die kontinuierliche Verbesserung voranzutreiben und die Patienten- und Mitarbeitersicherheit und Zufriedenheit zu fördern.

- Einführung elektronische Dokumentation
- Förderung prozessorientiertes Denken. Einführung BPMN 2.0
- Kontinuierliche Einführung Prozessmanagement inkl. Prozessmanagementtool
- Weitere Umsetzung Patientensicherheitskonzept
- ISO Rezertifizierung nach neuer Norm DIN ISO 9001:2015

Ergänzende Informationen zu den Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind im HIRSLANDEN Qualitätsbericht über den Link <https://www.hirslanden.ch/de/corporate/qualitaet/qualitaet-bei-hirslanden/qualitaetsbericht.html>

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

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Glaskörper/Netzhautprobleme
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
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
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)

Gefäßschirurgie intraabdominale Gefäße
Interventionen intraabdominale Gefäße
Gefäßschirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefäße
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
Herz
Einfache Herzchirurgie
Herzchirurgie und Gefäßeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Koronarchirurgie (CABG)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Plexuschirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma

Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und \geq 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und \geq 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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