

HIRSLANDEN



KLINIK BIRSHOF

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

25.04.2019
Beatriz Greuter, Direktorin

Version 4



Hirslanden, Klinik Birshof

www.hirslanden.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2018.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Frau
Ellen Wieber
Qualitätsmanagerin
061 335 23 50
ellen.wieber@hirslanden.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbititäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. [Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	11
4.5 Registerübersicht	12
4.6 Zertifizierungsübersicht	12
QUALITÄTSMESSUNGEN	13
Befragungen	14
5 Patientenzufriedenheit	14
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	14
5.2 Eigene Befragung	15
5.2.1 Ambulante Patientenbefragung der Patienten des orthopädischen Notfallzentrums	15
5.3 Beschwerdemanagement	15
6 Angehörigenzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	16
7.1 Eigene Befragung	16
7.1.1 Gallup	16
8 Zuweiserzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	17
9 Wiedereintritte	17
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	17
10 Operationen	18
10.1 Eigene Messung	18
10.1.1 IQIP Reoperationen/Rehospitalisationen	18
11 Infektionen	19
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	19
12 Stürze	20
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	20
13 Wundliegen	21
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	21
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung	
Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
17 Weitere Qualitätsmessung	23

17.1	Weitere eigene Messung	23
17.1.1	IQIP Stürze, Dekubitus, Rehospitalisationen, Reoperationen und Mortalität.....	23
18	Projekte im Detail	24
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	24
18.1.1	Einführung Interdisziplinäre Kommunikationsmodell ISBAR.....	24
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	24
18.2.1	Aufbau Intermediate Care Abteilung Hirslanden Klinik Birshof	24
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	24
18.3.1	ISO Zertifizierungsaudit 9001:2015.....	24
19	Schlusswort und Ausblick	25
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		26
Akutsomatik		26
Herausgeber		27

1 Einleitung

Die Hirslanden Klinik Birshof gehört zu der Privatklinikgruppe Hirslanden. Ihr Standort ist Münchenstein Kanton BL. Die Hirslanden Klinik Birshof steht für erstklassige Versorgung im Bereich des Bewegungsapparates und verfügt über ein Orthopädisches Notfallzentrum, welches 24 Stunden an 7 Tage in der Woche geöffnet ist.

Die Klinik zählt 58 Betten und funktioniert nach dem Belegarztsystem. Die meisten Belegärzte betreiben ihre Praxen in der Klinik.

Die Qualitätspolitik der Klinik Birshof orientiert sich unter anderem am Hirslanden Qualitätsentwicklungsplan. Die Analysen, Schwerpunkte für die Periode 2015-2020, sowie der Massnahmenplan sind Grundlagen für das Qualitätsmanagement in der Klinik Birshof. Das Jahr 2018 wurde von verschiedenen Faktoren geprägt. Ein wichtiger Schritt war die Fertigstellung und Eröffnung des neuen Ärztehauses/IMC. Ein weiterer Schritt war die erfolgreiche Integration eines weiteren Fachgebietes (Viszeralchirurgie) in die Klinik. Die ganze Ambulantisierung wurde im Projekt AVS aufgegleist und vorbereitet. Die Klinik konnte einen Vertrag mit der Orthoklinik Dornach fürs 2020 erfolgreich unterzeichnen und sichert sich damit ein weiteres Wachstum.

Die Klinik orientiert sich an den sieben Grundsätzen des Qualitätsmanagements (QM), der Kundenorientierung, der Führung, der Einbeziehung von Personen, dem prozessorientierten Ansatz, der Verbesserung, der faktengestützten Entscheidungsfindung und dem Beziehungsmanagement. Die Kundenorientierung ist für die Klinik wichtig, da die Kunden die Klinik wählen, um von der umfassenden Behandlungsqualität profitieren zu können. Zu den Kunden zählen Patienten, Ärzte, Mitarbeiter, Partner sowie interessierte Parteien.

Die Klinik Birshof hält sich an die Vorgaben der kantonalen Qualitätspolitik QUBB und wirkt aktiv an dessen Qualitätsentwicklungsplan mit.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Name	Funktion	Aufgabe
Beatriz Greuter	Qualitätsverantwortliche/Direktorin	
Ellen Wieber	Qualitätsmanagerin	All Quality
Martine Kayser	SIRIS Verantwortliche	SIRIS
Rene Böhmerle	Hygienefachverantwortlicher	Hygiene
Ellen Wieber	Riskverantwortliche	CURA
Phillipe Goetz	Sicherheitsbeauftragter	H+
Corsin Kohlbrenner	Gefahrenschutzbeauftragter	
Dr. Rainer Knaack	Vigilanzverantwortlicher	Swiss Medic
Dr. Christoph Tschan	Hämatovigilanzverantwortlicher	

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **100** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Ellen Wieber
Qualitätsmanagerin
061 335 23 50
ellen.wieber@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels „Hirslanden positioniert sich als führender Leistungsanbieter im Zusatzversicherungssegment und differenziert sich im Markt über Qualitätsführerschaft“ ausgerichtet.

Hirslanden stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.

Hirslanden setzt ein umfassendes Risikomanagement um, dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement.

Hirslanden verpflichtet sich der kontinuierlichen Verbesserung (KVP), unterstützt durch Transparenz und Benchmarking und stellt sich den nach dem KVG vorgegebenen Qualitätsvergleichen.

Durch die konsequente Nutzung der Synergien und der Etablierung des Wissensmanagements setzt Hirslanden Standards im Qualitätsmanagement in der Schweizer Spitallandschaft.

Die Umsetzung der gesetzlich geforderten Bestimmungen in der Arbeitssicherheit und im Gesundheitsschutz geniesst einen hohen Stellenwert.

Die Umsetzung der Qualitätspolitik wird durch den bestehenden Hirslanden Qualitätsentwicklungsplan unterstützt

Hirslanden verpflichtet sich zur fortlaufenden Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems und erfüllt alle zutreffenden Anforderungen

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

Patientensicherheit
Ausbau von Synergien (Standardisierung)
Grippeimpfkampagne

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

Im Berichtsjahr hat sich die Klinik das Ziel gesetzt, das Hirslanden Patientensicherheitskonzept auf die Klinik zu adaptieren und umzusetzen.

Dieses Ziel wurde vollständig erreicht.

In einem Audit des zentralen Hirslanden Qualitätsmanagements wurde die Einführung überprüft und das Audit wurde sehr gut bestanden.

Weitere Vorhaben zum Thema Standardisierung wurden angegangen. Dies immer in Kooperation mit dem Hirslanden Corporate Office. Auch dort konnten Fortschritte erreicht werden.

Das kantonale Projekt IVP wurde lanciert und ist in der Umsetzung. (Interdisziplinäre Einführung des Kommunikationsmodell ISBAR)

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die kantonale Vorgabe in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit wird umgesetzt.

Die Ergebnisse aus der Patientenzufriedenheitsmessung Press Ganey werden im Management besprochen und Massnahmen eingeleitet.

Das Patientensicherheitskonzept Hirslanden wird umgesetzt.

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
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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"> ▪ ANQ Messergebnisse akut-reha-psych
<ul style="list-style-type: none"> ▪ BAG Fallzahlen & Mortalität

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Ambulante Patientenbefragung der Patienten des orthopädischen Notfallzentrums
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Gallup
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Operationen</i>
▪ IQIP Reoperationen/Rehospitalisationen
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ IQIP Stürze, Dekubitus, Rehospitalisationen, Reoperationen und Mortalität

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2007 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.

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

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

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	2005

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 9001:2015	Ganze Klinik	2009	2018	erreicht
H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit	Ganze Klinik	2009	2014	
EFQM	Ganze Klinik	2013	2015	R4E 3 Sterne

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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

Messergebnisse

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

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

Begründung

Noch keine Daten vom Berichtsjahr 2018 vorliegend.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Messergebnisse der Hirslanden Klinik Birshof sind durchwegs sehr positiv und viel besser als der Mittelwert.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Ambulante Patientenbefragung der Patienten des orthopädischen Notfallzentrums

Einleitung (Ziel/ Fragestellung)

Ambulante Patienten sind potentielle stationäre Patienten der Hirslanden Klinik Birshof. Um die Qualität unserer ambulanten Dienstleistung sicher zu stellen, haben wir in diesem Jahr eine Befragungen mittels Fragebogen durchgeführt.

Methode

Den ambulanten Patienten wird nach ihrer Behandlung ein Fragebogen inkl. frankierten Rückumschlags abgegeben. Die Fragebogen sind anonym. Die Rückmeldungen werden in eine Liste eingegeben und ausgewertet. Die Kommentare werden thematisch geclustert und ausgewertet. Massnahmen werden mit dem Team besprochen.

Massnahmen

Alle Massnahmen werden im kontinuierlichen Verbesserungsprozess aufgenommen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat März durchgeführt.

Orthopädisches Notfallzentrum

Eingeschlossen wurden alle Patienten der Notfallstation im Berichtsmonat.

Sehr gute Ergebnisse:

Rückkehrate 5.92 von 6.0.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Konklusion

Die ambulante Befragung ist eine gute und effektive Möglichkeit für die Klinik, das Patientenerleben einzuordnen und Rückmeldungen der Patienten zu evaluieren. Die Ergebnisse sind durchwegs positiv. Auch die Rücklaufquote ist hoch.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden, Klinik Birshof

Qualitätsmanagemerin

Ellen Wieber

Bereichsleitung Pflege/Therapien/QM

061 335 23 50

ellen.wieber@hirslanden.ch

Mo-Fr von 8 Uhr bis 16 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 Gallup

Im November wurde konzernweit die vierte Gallup Mitarbeiterbefragung durchgeführt. In der Befragung geht es in erster Linie um das Employee Engagement Programm, d.h. um die emotionale Bindung der Mitarbeiter zum Unternehmen. Dies ist ein Programm, welches über 4 Jahre kontinuierlich läuft.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt. Die Mitarbeiterbefragung wurde im gesamten Konzern durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden intern genutzt.

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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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

Begründung

Die Daten von 2018 sind noch nicht publiziert.

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

10 Operationen

10.1 Eigene Messung

10.1.1 IQIP Reoperationen/Rehospitalisationen

Die Hirslanden Gruppe misst die vermeidbaren Reoperationen und Rehospitalisationen nach IQIP:

Rehospitalisationen:

Definition:

- ungeplante Wiederaufnahmen ≤ 15 Tage
- Aufnahme, die zum Zeitpunkt der Entlassung nicht geplant war
- Aufnahme wegen derselben Krankheit oder mit dieser im Zusammenhang stehend

Reoperationen:

Definition:

- Eine Rückkehr in den OP während desselben stationären Aufenthaltes als Folge einer Komplikation oder Folgeerkrankung nach vorangegangenem operativen Eingriff
- Rückkehr zum Zeitpunkt der vorhergehenden OP nicht geplant

und vergleicht diese in den Kliniken um einen qualitativen Benchmark zu erreichen und daraus Massnahmen zu ergreifen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Daten werden betriebsintern zur Qualitätssicherung und Verbesserung genutzt.

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:

- Wirbelkörperarthrodesen (Spondylodese)
- 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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

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

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

Begründung

Nicht aussagekräftig

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.

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
Hirslanden, Klinik Birshof						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0	-
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	0	0	0	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018	44	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			100.00%	

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

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

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

Begründung

Nicht aussagekräftig

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 ≥ 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.

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 IQIP Stürze, Dekubitus, Rehospitalisationen, Reoperationen und Mortalität

Im Rahmen der IQIP Erfassung werden die Zahlen erhoben und in der Hirsländen Gruppe verglichen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Bei allen stationären Patienten

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse sind zur internen Qualitätskontrolle und Verbesserung.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Einführung Interdisziplinäre Kommunikationsmodell ISBAR

Projektstart: September 2018

Ziel:

Um eine Qualitätsverbesserung im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit zu erzielen, soll ein Kommunikationsmodell eingeführt werden. Durch ISBAR ist eine strukturierte und fokussierte Informationsweitergabe gewährleistet und der Ablauf bei telefonischen Verordnungen ist klar definiert.

Projektziele

- Qualitätsverbesserung im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit/Kommunikation
- Minimierung der Fehlerquoten im Bereich der telefonischen Verordnungen
- Gewährleistung der Patientensicherheit

Involvierte Berufsgruppen:

Pflege, AWR, IMC, Physio, ONZ, Anästhesieärzte

Projektabschluss ca. Mai 2019 vorgesehen

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Aufbau Intermediate Care Abteilung Hirslanden Klinik Birshof

Durch die neu geschaffene IMC kann die Medizinische Qualität und Versorgung der Patienten zusätzlich verbessert werden und die Sicherheit der Patienten optimiert werden. Diese Massnahme lässt es für die Klinik zu, multimorbide Patienten zu versorgen.

- Konzept ist erstellt und vom LA abgenommen
- Prozess ist im IMS hinterlegt
- Stellen sind berechnet und rekrutiert
- Die Abläufe sind geschult und getestet, werden laufend überarbeitet
- SOP's sind erstellt und von LA abgenommen, sowie im IMS hinterlegt
- Personalplanung ist ressourcenorientiert mit der Pflege verknüpft

Projektstart: Oktober 2017

Projektende: August 2018

In Betriebnahme: 15. August 2018

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO Zertifizierungsaudit 9001:2015

Die Hirslanden Klinik Birshof hat sich im März 2018 nach der neuen Norm ISO 9001:2015 erfolgreich zertifizieren lassen.

19 Schlusswort und Ausblick

Qualitätsziele

Die Prozessverantwortlichen haben ihre Aufgaben und Verantwortungen im Prozess übernommen und aktiv mitgearbeitet. Das Projekt ISBAR zur Sicherheit der Kommunikation konnte aufgenommen werden. Die Press Ganey Ergebnisse sind zufriedenstellend, Massnahmen wurden schon mit Teilerfolgen eingeführt.

Prozesse

Die Prozesse werden vermehrt durch die Prozessverantwortlichen gesteuert. Abweichungen im Prozess werden gemessen und mit Massnahmen hinterlegt. In manchen Prozessen herrscht die Schwierigkeit, dass das IMS durch das Synavio abgelöst wird. So sind die Verlinkung und die Information von zentralen Prozessen erschwert. Dies wird sich mit HIT 2020 dann wieder vereinfachen. Der Strategieprozess der Klinik hat sich enorm verbessert und ist strukturierter und systematischer geworden. Die Vermittlung der Ziele ist bis zu den Mitarbeitern durchgängiger gestaltet. Die definierten Ziele werden halbjährlich überprüft und bewertet und teilweise um priorisiert.

Kundenbetreuung

Ein stetiger wichtiger Fokus liegt auf der Kundenbetreuung unserer Patienten und Besucher. Die Workshops dazu werden durch die Privé-Schulungen sichergestellt. Im neuen Geschäftsjahr wird zusätzlich zum Privé Konzept noch das Préférence Konzept geschult und eingeführt. Dieses fokussiert auf halbprivatversicherte Patienten. Das Rückmeldemanagement der Klinik beantwortet alle über das Web Rückmeldeformular eingegangenen Meldungen in den nächsten 5 Tagen.

Ausblick

Eine der wichtigsten und einschneidesten Entwicklungen des nächsten Geschäftsjahres wird die Integration der neuen Orthopädengruppe sein, welche durch das Klinik Projekt „Integration ODAG“ begleitet wird. Ausserdem wird die Führung der Klinik stark mit der Thematik der Ambulantisierung und weiteren politischen Vorgaben beschäftigt sein.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Mamma

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).