

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

02.05.2017
Dr. Conrad Müller, Direktor Klinik Hirslanden

Version 1

Klinik Hirslanden

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 2016.

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 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 2016

Frau
Jessica Leichter
Qualitätsmanagerin
044 387 23 39
Jessica.Leichter@hirslanden.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

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](#)) hnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / 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. Diese Publikationen finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grösse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016	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 Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	19
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	20
4.5 Registerübersicht	21
4.6 Zertifizierungsübersicht	22
QUALITÄTSMESSUNGEN	23
Befragungen	24
5 Patientenzufriedenheit	24
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	24
5.2 Beschwerdemanagement	24
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	25
7.1 Eigene Befragung	25
7.1.1 Zufriedenheitsmessung	25
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	26
9 Wiedereintritte	26
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	26
10 Operationen	28
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	28
11 Infektionen	30
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	30
12 Stürze	32
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	32
13 Wundliegen	33
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	33
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
17 Weitere Qualitätsmessungen	

Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.

18	Projekte im Detail	35
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	35
18.1.1	Aloha Baby	35
18.1.2	Mitarbeitenden Pool Platz Zürich	36
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	37
18.2.1	Notfallerweiterung	37
18.2.2	Definitiver Boardroom	37
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	38
18.3.1	JACIE Zertifizierung (Blutstammzelltransplantation).....	38
18.3.2	Tumorzentrum Hirslanden Zürich.....	39
18.3.3	Stroke Rezertifizierung.....	40
19	Schlusswort und Ausblick	41
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		42
Akutsomatik		42
Anhang 2		
Herausgeber		45

1 Einleitung

Die Klinik Hirslanden ist eine moderne Zürcher Privatklinik und gehört zu Hirslanden, der führenden Privatklinikgruppe der Schweiz. Aktuellste Medizin auf universitärem Niveau sowie die konsequente Patientenorientierung bestimmen das tägliche Handeln. Durch eine moderne Infrastruktur und die medizinische Fachkompetenz unserer Ärzte und Mitarbeiter sowie die interdisziplinäre Vernetzung erfahrener Fachärzte und das Wissen spezialisierter Kompetenzzentren wird der Patient ganzheitlich und umfassend betreut.

Die Klinik Hirslanden bietet das ganze Spektrum der modernen medizinischen Versorgung bis hin zur hochspezialisierten Medizin an. Die medizinische Infrastruktur und das breite Behandlungsfeld gewährleisten 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr eine optimale medizinische Betreuung. Durch die Bildung von Kompetenzzentren sowie durch das Belegarztsystem kann ein breites und erstklassiges medizinisches Leistungsspektrum angeboten werden, das auch individuellen Bedürfnissen in jeder Hinsicht entspricht.

Mit rund 500 Ärzten aus sämtlichen medizinischen Fachrichtungen und mehr als 60 Zentren und Instituten kann jederzeit eine hochstehende und umfassende medizinische Versorgung garantiert werden. Durch die medizinische Infrastruktur ist eine umfassende Diagnostik und Versorgung bei Notfällen rund um die Uhr sichergestellt. Die Notfallstation, die Anästhesie und Intensivmedizin, die Pflege, die ständige Präsenz von Fachärzten der Allgemeinen Inneren Medizin, sowie die Radiologie unterstützen eine sichere und interdisziplinäre Behandlung. Die Klinik Hirslanden betreibt zudem eine eigene Clinical Trial Unit (CTU) mit dem Ziel, die Ärzteschaft bei praxisrelevanten Forschungsprojekten zu unterstützen und die Behandlungsqualität stetig zu verbessern. Des Weiteren betreibt die Klinik ein Stroke Center, mehrere Weiterbildungsstätten und ist aktiv in der universitären Lehre.

Das Erbringen von qualitativ hochstehenden Leistungen ist für die Klinik Hirslanden von elementarer Bedeutung. Das Qualitätsmanagement der Klinik unterstützt dieses Ziel und fördert die kontinuierliche Verbesserung. Unter dem Begriff Qualitätsmanagement versteht man allgemein die Gesamtheit aller Aktivitäten und Anstrengungen, die das Erbringen von qualitativ guten Produkten oder, im Falle eines Spitals, guten Dienstleistungen am Patienten und für weitere Kunden wie z.B. den Belegarzt fördern.

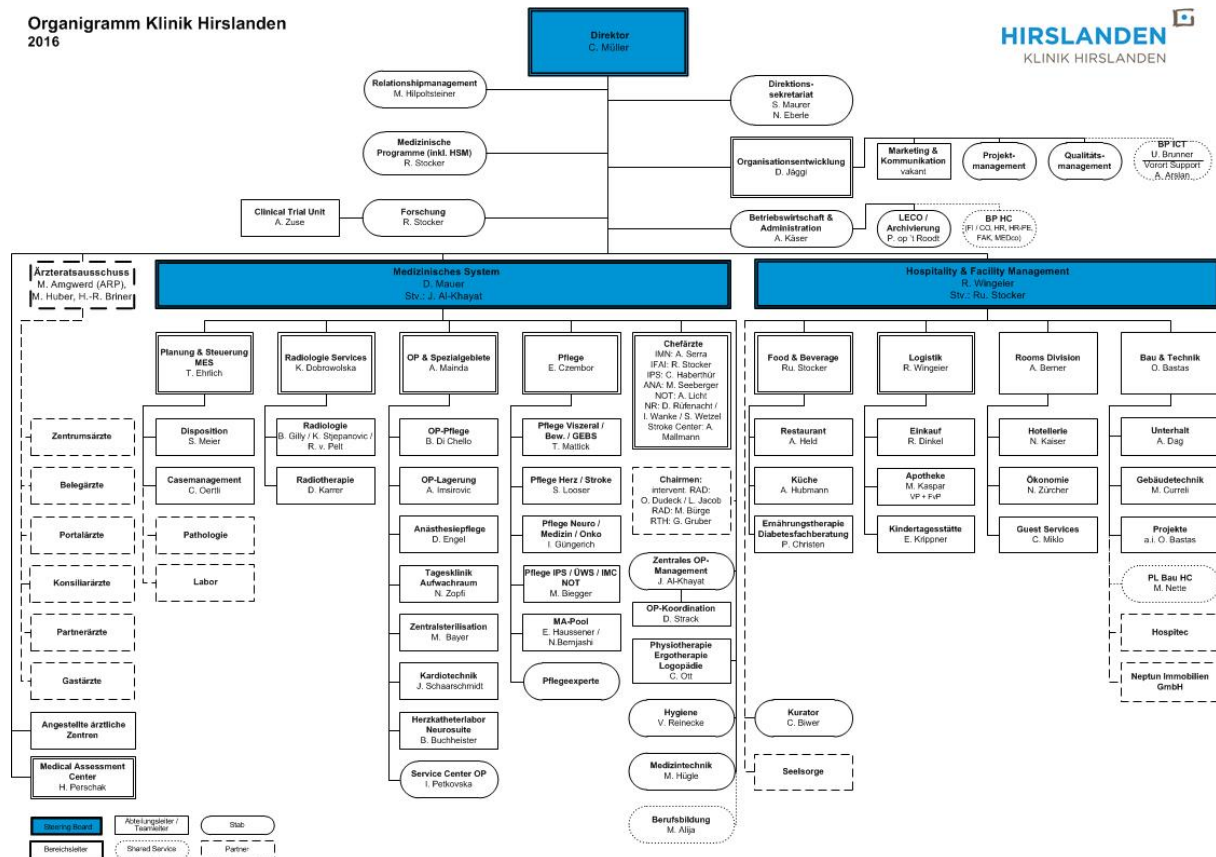
Dabei stellt sich Hirslanden der Qualitätsdiskussion und scheut den Vergleich mit dem Wettbewerb nicht. Um dem Anspruch der Qualitätsführerschaft gerecht zu werden, veröffentlicht die Privatklinikgruppe Hirslanden jährlich einen ausführlichen Qualitätsbericht.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm Klinik Hirslanden
2016



Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion der Bereichsleitung Organisationsentwicklung angegliedert. Diese ist direkt der Direktion unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **260** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Jessica Leichter

Qualitätsmanagerin

Klinik Hirslanden

044 387 23 39

Jessica.Lichter@hirslanden.ch

Frau Andrea Muntean

Qualitätsmanagerin

Klinik Hirslanden

044 387 23 31

Andrea.Muntean@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

Vision und Strategie der Privatklinikgruppe Hirslanden

SCHWEIZWEIT VERTRAUEN GENIESSEN UND VOR ORT ERSTE WAHL SEIN

Die Privatklinikgruppe Hirslanden geniesst schweizweit Vertrauen, weil sie messbar höchste Qualität erbringt und alle ihre Tätigkeiten konsequent auf die Bedürfnisse ihrer Patienten ausrichtet. Als grösster Anbieter medizinischer Leistungen vereint Hirslanden alle relevanten Fachgebiete und die besten Ärzte unter einem Dach. Hirslanden handelt verantwortungsvoll und nachhaltig. Damit sichert die Privatklinikgruppe Hirslanden langfristig ihr erfolgreiches Wachstum in der Schweiz und trägt dazu bei, dass Mediclinic International weltweit eine Spitzenposition im Gesundheitswesen einnimmt.

Vor Ort ist die Privatklinikgruppe Hirslanden die erste Wahl, weil sie ihre Patienten exzellent betreut, lokal in der Gesellschaft verankert ist und als attraktiver Arbeitgeber qualifizierte und loyale Mitarbeitende fordert und fördert. Hirslanden pflegt ein enges partnerschaftliches Verhältnis zu den Ärzten und unterhält wertvolle Beziehungen zu allen Anspruchsgruppen.

Vision der Klinik Hirslanden

Die Klinik Hirslanden ist ein privates «Academic Hospital». Sie ist schweizweit und innerhalb der Medi-Clinic führend in der Erbringung von personalisierten medizinischen Spitzenleistungen und erstklassigen, patientenorientierten Serviceleistungen.

Qualitätspolitik Hirslanden

Die Qualitätspolitik wird zusammen mit den Kliniken erarbeitet. Sie zeigt die Werte und Ziele des Unternehmens im Zusammenhang mit der Qualität auf:

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.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

Aus dem Qualitätsentwicklungsplan der Privatklinikgruppe Hirslanden ergaben sich folgende Schwerpunkte für das Berichtsjahr 2016.

Eines der Hauptanliegen der Klinik ist die stetige Weiterentwicklung der Patientensicherheit. Die Umsetzung verschiedenster diesbezüglicher Massnahmen ist bereits seit dem Jahr 2014 durch ein gruppenweites Konzept geregelt, welches in einem klinikeigenen Konzept spezifiziert wurde. Themenbereiche, welche dieses Konzept abdeckt, sind z.B. die kontinuierliche Verbesserung der Nutzung von CIRS und Vigilanzmeldungen sowie der lückenlosen Einsatz der Safe Surgery Checkliste. Auch die Festlegung von gruppenweiten Standards zum Arzneimittel- und Blutmanagement sowie die stetige Optimierung der Erfassung von Outcome Indikatoren sind wichtige Faktoren zur Erhöhung der Patientensicherheit. Im Herbst 2016 wurde die Umsetzung des Patientensicherheitskonzeptes in der gesamten Privatklinikgruppe überprüft. Die Klinik Hirslanden konnte hier einen sehr hohen Umsetzungsgrad aufweisen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist der stetige Ausbau von Synergien innerhalb der Hirslanden Klinikgruppe. Dies soll erreicht werden durch einen regelmässigen Wissensaustausch, die Erstellung gruppenweit gültiger Konzepte sowie die Vereinheitlichung von Prozessen, welche durch gegenseitige Prozessaudits überprüft werden.

Im Fokus der Klinik Hirslanden stehen selbstverständlich immer der Patient und sein Wohlbefinden. Daher geniesst die Messung der Patientenzufriedenheit einen besonders hohen Stellenwert. Neben der nationalen Patientenzufriedenheitsmessung des ANQ wird die Klinik ab dem kommenden Jahr eine kontinuierliche Messung zur Zufriedenheit der Patienten zusammen mit dem international renommierten Institut Press Ganey durchführen. Dies ermöglicht Hirslanden auch einen internationalen Vergleich seiner Ergebnisse. Zudem können zeitnah konkrete Verbesserungspotentiale identifiziert und umgesetzt werden, um so die Patientenzufriedenheit kontinuierlich zu erhöhen.

Des Weiteren unternimmt die Klinik selbstverständlich alle notwendigen Anstrengungen um den Anforderungen der Gesundheitsdirektion an Listenspitäler gerecht zu werden.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

Das Jahresmotto der Klinik lautete 2016 "Qualität spürbar machen." Hierzu konnten viele Ziele erfolgreich umgesetzt werden.

Es wurde z.B. ein verstärkter Fokus auf die Nutzung von Patientenrückmeldungen und medizinischen Outcomeergebnissen gelegt.

Aus der Sicht der Privatklinikgruppe Hirslanden muss jeder erhobene Indikator, jede Publikation von Daten den Patientennutzen im Fokus haben und eine Grundlage für die Entscheidung des Patienten bieten können. Die Ergebnisse der Qualitätsmessungen sprechen nicht einfach für sich, sondern bedürfen einer eingehenden Analyse und Interpretation. Um daraus Massnahmen zur Qualitätsverbesserung herleiten zu können, braucht es ein hohes Mass an Erfahrung und spezialisiertes Know-how. Träger dieses Know-hows sind bei Hirslanden daher verschiedene Gremien, die für das Qualitätsmanagement und seine Weiterentwicklung zuständig sind.

Ein weiterer Schwerpunkt war das Thema Sicherheit. Alle sicherheitsrelevanten Aspekte der Klinik sind inkl. der dazugehörigen Dokumentationen in dem übergeordneten Sicherheitskonzept der Klinik abgebildet. Hierzu gehören die Patientensicherheit, die Betriebssicherheit, die Finanz- und Datensicherheit sowie die Arbeitssicherheit und der Gesundheitsschutz der Mitarbeitenden. Die einzelnen Themengebiete werden regelmässig evaluiert und kontinuierlich weiterentwickelt. So wurde z.B. 2016 ein Konzept entwickelt, welches Aspekte zum Thema Arbeitssicherheit für alle Hirslandenkliniken einheitlich regelt und den Austausch fördert. So können Synergien optimal genutzt werden.

Zusätzlich zu der bereits gut etablierten Bearbeitung von CIRS Fällen (Beinaheereignisse) wurde ein weiteres Team an der Klinik etabliert, welches anhand konkreter Situationen gezielte Analysen (London Protokoll) zur Verbesserung der Patientensicherheit durchführt.

Des Weiteren wurde am 13. September 2016 erneut ein Aktionstag Patientensicherheit an der Klinik Hirslanden durchgeführt.

Das Thema lautete: "Wo Schweigen gefährlich ist – Bedeutung der Kommunikation für die Patientensicherheit"

Schlagworte: Kommunikationsschwierigkeiten gegenüber Kollegen, Gefahr durch Hierarchien, Sensibilisierung verschiedener Berufsgruppen (Pflege, Ärzte aber auch Pflegehilfen, Lagerungspfleger, Reinigungspersonal, etc.), Fehlerkultur.

Die Veranstaltung war in verschiedene Blöcke unterteilt:

1. Block: Für nicht-ärztliche Mitarbeitende

Referat Guest Relations zum Umgang mit Fehlern:

- Wie werden diese kommuniziert, wie wird mit eigenen Fehlern und Feedbacks dazu umgegangen
- Dia-Show zum Umgang mit Fehlern auf der Station

2. Block: Für alle Mitarbeitenden und Ärzte

Referat zum Thema: Kommunikation von und bei Fehlern

- Wir machen alle Fehler, wieso sprechen wir nicht darüber und miteinander, Umgang mit Kritik

Inhaltliche Auszüge:

- Chancen erkennen: Warum mehr Transparenz mehr Sicherheit bedeuten kann
- Systemische Voraussetzungen für eine transparente Kommunikation
- Techniken respektvoller Kommunikation über Hierarchien hinweg
- Sensibilisierung aller Beteiligten – vom Arzt bis zur Reinigungskraft
- Konstruktives Feedback und Schaffung einer gesunden Fehlerkultur

Der Vortrag wird gestützt durch positive und negative Fallbeispiele anderer Unternehmen und Kliniken, sowie Einzelbetrachtungen konkreter Behandlungssituationen.

3. Block: Für alle Mitarbeitenden und Ärzte

Referat einer Anästhesistin: Kommunikation und Patientensicherheit in der medizin-

wissenschaftlichen Literatur: Eine Übersicht.

Zudem konnten neben der Zertifizierung nach den ISO Normen 9001, 13485 und 17665 auch einige medizinische Zertifikate erfolgreich vorbereitet bzw. erreicht werden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Oberstes Ziel der Klinik Hirslanden ist es, die angestrebte Qualitäts- und Kostenführerschaft zu erreichen und gleichzeitig den grösstmöglichen Patientennutzen zu stiften.

Somit ist die weitere Optimierung der Patientensicherheit in der Klinik selbstverständlich auch in Zukunft eines der Hauptanliegen.

Ein weiteres Augenmerk wird auf der verstärkten Etablierung von Indikationsboards sowie der Entwicklung von Instrumenten zum Monitoring der Indikationsqualität liegen.

Im Fokus steht immer der Patient, welchem in der Klinik Hirslanden jederzeit spitzenmedizinische Leistungen nach höchstem Qualitätsstandard sowie ein ausgezeichneter Service mit individueller Betreuung geboten werden. Dies für jeden einzelnen Patienten zu leisten wird auch im kommenden Jahr das Bestreben und der Anspruch der Klinik Hirslanden sein.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ 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

4.3 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>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Zufriedenheitsmessung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Mitarbeitenden Pool Platz Zürich

Ziel	Zusammenführung der beiden bestehenden Pool-Strukturen am Platz Zürich (Klinik Im Park und Klinik Hirslanden).
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Pflege
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Januar 2016 bis Mai 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Beide Pools setzen Mitarbeitende der Pflege zur kurzfristigen Abdeckung eines Personalbedarfs ein. Dabei ist die administrative Abwicklung unterschiedlich. In beiden Kliniken ist der Pool zudem noch nicht auf seiner Soll-Grösse (Anzahl Personen pro Berufsgruppe) und Einsätze externer Personaldienstleister sind zur Abdeckung von fehlenden Personalressourcen nötig. Durch die Zusammenführung der beiden bestehenden Pool-Strukturen wird eine einheitliche Organisation am Platz Zürich erreicht.
Methodik	Analyse der Ist-Situation, Definition der Soll-Situation und Ableiten von Massnahmen, Analyse eines Planungstools, Ausarbeitung der organisatorischen Strukturen, Kommunikation, Umsetzung der neuen Struktur und Organisation
Involvierte Berufsgruppen	Bereichsleitung Pflege, Abteilungsleitungen Pool, Koordinationsteam Pool, Bettenabteilungen Pflege, Intensivstation, Überwachungsstation, HR, Marketing & Kommunikation, ICT, Finanzen
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Projekt steht kurz vor dem Abschluss. Die Soll-Strukturen wurden definiert und befinden sich in Vorbereitung zur Umsetzung. Die Pool-Mitarbeitenden sowie alle betroffenen Schnittstellen wurden informiert und haben die Änderungen positiv aufgenommen. Die Neue Pool-Organisation tritt per 01.04.2017 in Kraft.

Aloha Baby

Ziel	Qualitätssteigerung durch Anpassung der organisatorischen Strukturen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Geburtenstation
Projekte: Laufzeit (von...bis)	April 2014 bis Juli 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Qualitätssteigerung durch die Anpassung der organisatorischen Strukturen (inkl. Effizienzsteigerung durch Standardisierung).
Methodik	Aktuelle Prozesse analysieren, Optimierungsmassnahmen ableiten und fortlaufend umsetzen.
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Hebammen, Marketing & Kommunikation, Anästhesie, Planung & Steuerung, Medizinisches Programm, Projektmanagement, Hotellerie, Geburtshelfer, Kinderärzte
Evaluation Aktivität / Projekt	Es konnten bereits 25 Massnahmen umgesetzt werden, welche sich im Arbeitsalltag etabliert haben. Einzelne Vorhaben brauchen aufgrund der vielen Abhängigkeiten mit internen Stellen und dem Corporate Office eine längere Umsetzungszeit.

Notfallerweiterung

Ziel	Bau eines Schockraumes und einer Doppelkoje sowie eines dringend benötigten Aufenthaltsraumes für die Mitarbeiter, Ärzearbeitsraum und einen überarbeiteten Empfangs- und Wartebereich.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	NotfallZentrum Hirslanden
Projekte: Laufzeit (von...bis)	September 2015 bis Dezember 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Der Umfang des Projektes orientierte sich an den Umsetzungsanforderungen, welche aufgrund der Anforderung der Gesundheitsdirektion (GD) und der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) und aufgrund stetig steigender Patientenzahlen notwendig waren, um einen effizienten Notfallbetrieb sicherzustellen.
Methodik	Anforderungen durch die Anspruchsgruppen aufnehmen, Business Case und Realisierungsplan erstellen, Umsetzung und Inbetriebnahme der Umbaumassnahmen gemäss Realisierungsplan.
Involvierte Berufsgruppen	NotfallZentrum, Pflege, Intensivstation, Überwachungsstation, IMC, Projektmanagement, Bau & Technik, Marketing & Kommunikation, Zentrum für Urologie, Beschaffung und Logistik, Immobilien, ICT
Evaluation Aktivität / Projekt	Der Umbau konnte dank einer guten Koordination und Abstimmung während des laufenden Betriebes umgesetzt und per Ende Jahr abgeschlossen werden. Die neuen baulichen Massnahmen stellen sicher, dass die adäquate Versorgung von Stroke/AMI- und schwerer kranker Patienten auch künftig gewährleistet werden kann.

Definitiver Boardroom

Ziel	Realisierung eines definitiven Boardrooms für Indikationsboards bzw. multifunktionale Nutzung.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizinisches System, Ärzteschaft
Projekte: Laufzeit (von...bis)	November 2015 bis November 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die zuvor genutzte Räumlichkeit für die Indikationsboards/ Weiterbildungen wurden ab Dezember 2015 für einen Belegarzt benötigt. Somit musste ein neuer Raum für die Indikationsboards mit entsprechender multifunktionaler Ausstattung gefunden werden, welcher die professionelle Durchführung der Indikationsboards gewährleistet. Der Austausch der Fachkenntnisse optimiert die Patientenbehandlung.
Methodik	Benutzeransprüche aufnehmen, Projekt- und Ausbauplanung erstellen, Umbaumaßnahmen umsetzen, Wartung gewährleisten.
Involvierte Berufsgruppen	ärztliche Benutzervertretung, Bau & Technik, Physiotherapie, Projektmanagement, Immobilien, ICT
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Projekt konnte im November 2016 erfolgreich abgeschlossen werden. Die primäre Nutzung des Raumes für die Indikationsboards ist gewährleistet, die technische Ausstattung hat sich bei allen Nutzern bewährt.

JACIE Zertifizierung (Blutstammzelltransplantation)

Ziel	Erlangen der JACIE Zertifizierung.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Blutstammzelltransplantation
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Dezember 2014 bis April 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die Klinik hat sich mit Aufnahme der Leistungsgruppe HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantation auf die Spitalliste mit Gültigkeit per 1. Juli 2014 verpflichtet, die JACIE-Zertifizierung zu erwerben.
Methodik	Strukturen des Medizinischen Programms inkl. Qualitätshandbuch (IMS) aufbauen und in der Klinik etablieren. Handlungsanweisungen erarbeiten. Kontinuierliche Verbesserung.
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Qualitätsmanagement, Pflegeexperten, Marketing & Kommunikation, Hygiene, Ernährungsberatung, Hotellerie, Ökonomie, Intensivstation, Physiotherapie, IMN, IFAI, Apotheke, Clinical Trial Unit, Sozialdienst, Projektmanagement, Onkozentrum Hirslanden
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Projekt ist bereits weit vorangeschritten. Die im Projekt erarbeiteten Dokumente werden zentral auf dem IMS (internes Prozesstool) hinterlegt, sodass alle am Prozess beteiligten Mitarbeiter darauf zugreifen und diese in ihrer täglichen Arbeit einsetzen können. Die im Probeaudit vom Januar 2017 aufgedeckten Mängel und die daraus formulierten Verbesserungsmassnahmen konnten bereits umgesetzt und im Alltag implementiert werden. Das offizielle Audit durch die JACIE-Organisation wird im März 2017 stattfinden

Stroke Rezertifizierung

Ziel	Erfolgreiche Rezertifizierung des Stroke Center Hirslanden durch die SFCNS im Jahre 2017 und Erhalt des Leistungsauftrages auf der kantonalen Spitalliste.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Stroke Center
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Juli 2015 bis Dezember 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Das Projekt wurde gestartet, um die Empfehlungen und Auflagen aus der Erstzertifizierung umzusetzen und die Rezertifizierung erfolgreich zu meistern. Das Stroke Center Hirslanden soll Patienten mit einer Streifung oder einem Schlaganfall auch in Zukunft eine sofortige, umfassende, spezialisierte und standardisierte Behandlung auf dem neusten Stand der Wissenschaft und Technik anbieten können.
Methodik	Prozesse definieren und abstimmen, telemedizinische Anbindung implementieren, Kooperationen und Zusammenarbeiten ausbauen, Marketingaktivitäten umsetzen, Betriebs- und Behandlungskonzept überarbeiten, Klinische Forschungsprojekte fördern, Personalplanung
Involvierte Berufsgruppen	Projektmanagement, Ärzte aller Disziplinen, Therapien, Pflege, NotfallZentrum, Intensivstation, Qualitätsmanagement, Marketing & Kommunikation, Medizincontrolling, ICT, Clinical Trial Unit, Casemanagement, Bau & Technik
Evaluation Aktivität / Projekt	Viele Meilensteine konnten bereits erfolgreich abgeschlossen werden. So wurde zum Beispiel der neurologische Präsenzdienst 24h / 365d eingeführt. Alle Hirnschlagpatienten werden auf einer Pflegeabteilung behandelt, was eine qualitativ hochstehende und routinierte Behandlung ermöglicht. Die Kennzahlen unseres Stroke Center werden für die Qualitätskontrolle in einem nationalen Register eingetragen. Die meisten Empfehlungen aus der Erstzertifizierung konnten bereits abgeschlossen werden.

Tumorzentrum Hirslanden Zürich

Ziel	Aufbau eines Tumorzentrums, welches nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert ist.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizinisches System, Ärzteschaft
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Juli 2017 bis Dezember 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Durch Erfüllung verschiedener fachlicher Anforderungen soll den Patienten mit Krebs die bestmögliche Diagnostik, Therapie und Nachsorge angeboten werden.
Methodik	Festlegen der erforderlichen Prozesse und Patientenpfade, Tumordokumentation starten, Anmeldung zur Zertifizierung, Probeaudit und Audit durchführen. Der Aufbau des Zentrums wird mit zwei Jahren projektiert.
Involvierte Berufsgruppen	Projektmanagement, Qualitätsmanagement, Tumordokumentation, ICT, Pflege, Pflegeexperten, Case Management, Radiologie, Radiotherapie, Nuklearmedizin, Apotheke, Clinical Trial Unit, Marketing & Kommunikation, Medizincontrolling, Ernährungsberatung
Evaluation Aktivität / Projekt	Für den Aufbau und die Zertifizierung des Tumorzentrums wurde ein neues Team rekrutiert, welches die notwendigen Massnahmen bearbeitet und übergeordnete Organisationsstrukturen aufbaut und unterhält. Eine Herausforderung im Projekt ist es, die grosse Anzahl von Anspruchsgruppen und involvierten Fachgebieten zum richtigen Zeitpunkt einzubeziehen und abzuholen. Durch eine regelmässige und transparente Kommunikation sowie einem definierten Gremium von Fachverantwortlichen wird dieser Herausforderung begegnet.

Erweiterung Provisorium P2

Ziel	Flächengewinn von 380 m2 für die Klinik Hirslanden und Erweiterung des Bettenbestandes um 5 Betten. Nutzung: Erweiterung GastroZentrum und Schaffung Schlaganfall-Bettenstation (inkl. Monitoring).
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizinisches System, Ärzteschaft
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Juli 2016 bis Oktober 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	An das bestehende Provisorium P2 soll mittels Modul-Bau die Praxis GastroZentrum (Ebene 0) ausgebaut werden. Dies führt zu einer einer zusätzlichen Flächenerweiterung auf Ebene 1, was eine Erhöhung der Bettenkapazität der Klinik Hirslanden um 5 Betten ermöglicht. Die bestehende Abteilung W1 wird um diese Betten erweitert. Dadurch ergibt sich die Option zur Schaffung eines Stroke Centers entsprechend der Zertifizierungs-Auflagen.
Methodik	Betriebskonzept mit den Nutzern erstellen, Baugesuch erarbeiten, Businessplan erstellen, Bau durchführen.
Involvierte Berufsgruppen	Projektmanagement, Medizinische Programme, Performance Management, Medizinisches System, Pflege, Ärzteschaft, Therapien, Rooms Division, Logistik, Bau & Technik, Marketing und Kommunikation, Immobilien, Beschaffung & Logistik, ICT
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Benutzerkonzept konnte mit allen Anspruchsgruppen erarbeitet werden, die Planung der Bauphase hat gestartet.

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, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. 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 Anzahl der CIRS Meldungen konnte seit der Einführung 2006 gesteigert werden, wobei mit ca. 50% die meisten Meldungen aus dem Bereich Pflege kommen. Sehr erfreulich ist, dass die Anzahl ärztlicher Meldungen kontinuierlich gesteigert werden konnte und mit 16% vergleichsweise hoch ist.

CIRS Meldungen werden systematisch analysiert und interdisziplinär besprochen. Aus den Meldungen abgeleitete Massnahmen werden in den Top 20 Risiken der Klinik berücksichtigt und haben Auswirkung auf die Strategie- und Ziele der Klinik. 2016 konnten aus über 50% der Meldungen Verbesserungsmassnahmen abgeleitet und umgesetzt werden.

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 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 <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qr/applet/2575c3c207f2eb87588267fff86d4374b6cfa9c9/> 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 2015 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	2014
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	2009
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	-
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2011
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2015

Bemerkungen

Zusätzlich nimmt die Klinik Hirslanden an folgenden Registern teil.

- SBST Register - Swiss Blood Stem Cell Transplantation Register (Autologe Stammzelltransplantation)
- SwissPOD (Anästhesie)

- SwissStrokeRegister (Neurologie)
- SwissTAVI (Kardiologie)
- MITRAswiss (Kardiologie)

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
EN ISO 9001:2008	Ganzer Betrieb	2006	2015	
EN ISO 13485:2012 ISO 17665-1:2006	Zentralsterilisation	2009	2015	

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 entwickelt.

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

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Hirslanden

Guest Relations

Corine Miklo

Abteilungsleitung Guest Services

044 387 35 87

GuestRelation.Hirslanden@hirslanden.ch

Mo - Fr 08.00 bis 17.00 Uhr

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Zufriedenheitsmessung

Im Jahr 2016 führte die Klinik zum zweiten Mal eine Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung mit einem von Gallup entwickelten Tool durch. Gallup ist eines der führenden Markt- und Meinungsforschungsinstitute mit globaler Reichweite, welches Führungskräfte dabei unterstützt weiche Faktoren zu messen und zu managen. Die Klinik hat eine Messung genutzt, mit welcher die emotionale Mitarbeiterbindung, das Employee Engagement, gemessen werden kann. Die Gallup Q12 erfassen 12 Aspekte am Arbeitsplatz, die nachweislich mit den wichtigsten Unternehmenskennzahlen in Verbindung stehen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 14.11.2016 bis 02.12.2016 durchgeführt.

Die Befragung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Gallup
Methode / Instrument	Your Voice Fragebogen

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, obwohl 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		2012	2013	2014	2015
Klinik Hirslanden					
Beobachtete Rate	Intern:	1.97%	2.63%	2.56%	3.13%
	Extern:	0.99%	1.88%	0.86%	0.85%
Erwartete Rate (CI* = 95%)		3.69%	4.41%	4.37%	4.37% (4.02% - 4.72%)
Verhältnis der Raten***			1.02	0.78	0.91
Ergebnis** (A, B oder C)		A	B	A	A

* 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.

** Wertung der Ergebnisse:

- A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
- B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
- C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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

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

Angaben zur Messung	
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.
Klinik Hirslanden		
Anzahl auswertbare Austritte:		13531

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	2012	2013	2014	2015
Klinik Hirslanden				
Beobachtete Rate	-	2.55%	2.43%	2.81%
Erwartete Rate (CI* = 95%)	-	3.13%	3.00%	3.18% (2.86% - 3.50%)
Verhältnis der Raten***		0.81	0.81	0.88
Ergebnis** (A, B oder C)	-	A	A	A

* 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.

** Wertung der Ergebnisse:

A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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

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

Angaben zur Messung	
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.).
Klinik Hirslanden		
Anzahl auswertbare Operationen:		13302

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 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)
▪ Magenbypassoperationen
▪ Herzchirurgie
▪ Gebärmutterentfernungen (abdominal)

Messergebnisse

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	
Klinik Hirslanden						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	93	5	11.80%	8.89%	11.01%	6.30% (1.40% - 11.30%)
Magenbypassoperationen	130	5	-	1.56%	6.41%	4.70% (1.10% - 8.40%)
Gebärmutterentfernungen (abdominal)	53	0	-	-	-	0.00% (0.00% - 0.00%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Ergebnisse der Messungen bis 31. Oktober 2014 - 30. September 2016						
Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
Klinik Hirslanden						
Herzchirurgie	365	3	-	-	-	0.70% (0.00% - 1.50%)

* 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 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 Infektraten der Klinik Hirslanden liegen im unteren Mittelfeld. Der Zeitpunkt der Antibiotikagabe erfolgte gemäss Empfehlung von Swissnoso. Die Operationsdauer lag im Durchschnitt unter dem Mittelwert der teilnehmenden Spitäler.

Zur Qualitätssicherung werden die Prozesse im OP-Bereich regelmässig von internen und externen Auditoren überprüft.

Angaben zur Messung

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

	2013	2014	2015	2016
Klinik Hirslanden				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	1	3	1	3
In Prozent	0.80%	1.90%	0.50%	2.20%

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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre). ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Klinik Hirslanden			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	174	Anteil in Prozent (Antwortrate)	65.40%

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 (Punktprevalenz) 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. 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			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Klinik Hirslanden						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	1	2	1	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	1	0	0.00%

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.		
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre). ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Klinik Hirslanden				
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	174	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		65.40%

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Aloha Baby

Im Rahmen dieses Projektes werden die Prozesse rund um das Geschäftsfeld der Geburtshilfe optimiert. Durch die Anpassung der organisatorischen Strukturen (inkl. Effizienzsteigerung durch Standardisierung) soll eine Qualitätssteigerung erreicht werden.

Folgende Projektteilziele werden dabei angestrebt. Die erfasste Ist-Situation wird dabei fortlaufend durch die Umsetzung von einzelnen Massnahmen optimiert.

- Strategie in Bezug auf überwachungspflichte Neugeborene festlegen.
- Zusammenarbeit mit den Geburtshelfern stärken.
- Prozess- und Strukturoptimierungen im Gebärsaal und auf dem Wochenbett vornehmen.
- Strategie zum Spitalaufenthalt nach Versicherungsklasse festlegen.

Die in das Projekt involvierte Berufsgruppen sind auf Seiten der Klinik: Pflege, Hebammen, Marketing & Kommunikation, Anästhesie, Planung & Steuerung Medizinisches Programm, Projektmanagement, Hotellerie sowie die externen Geburtshelfer, Kinderärzte, das Corporate Office und die Klinik Im Park.

Es konnten bereits 25 Massnahmen umgesetzt werden, welche sich im Arbeitsalltag etabliert haben. Unter anderem wurde das Bonding beim Kaiserschnitt im OP eingeführt. Dabei wird das Baby gleich im OP Saal durch den Kinderarzt untersucht und anschliessend für die verbleibende Zeit des Kaiserschnitts auf die Brust der Mutter gelegt, wo es eine emotionale Bindung zur Mutter aufbauen kann. Um die Hebammen von administrativen Tätigkeiten zu entlasten, wurde im Gebärsaal eine zusätzliche Disponentin angestellt. Ebenso konnte eine neue Organisationsstruktur umgesetzt werden. Die beiden Abteilungen Gebärsaal und die Bettenabteilung G0/G1 wurden zusammengelegt und die Teams werden neu mit dem Ziel der Bündelung und Optimierung von fachlichem Knowhow von einer Abteilungsleitung geführt. Weiter wurde für Notfallsituationen in der Tiefgarage ein Notfallparkplatz für schwangere Frauen mit intensiven Wehen reserviert. Eine Neuerung konnte ebenfalls im Bereich der Hotellerie umgesetzt werden, wobei die Zusatzleistungen auf dem Wochenbett für alle Zusatzversicherten Wöchnerinnen ausgebaut wurden.

Verschiedene weitere Massnahmen befinden sich noch in Arbeit und benötigen aufgrund der vielen Abhängigkeiten mit internen Stellen und dem Corporate Office eine längere Umsetzungszeit.

18.1.2 Mitarbeitenden Pool Platz Zürich

Dieses Reorganisationsprojekt hat das Ziel, die an den beiden Hirslanden-Kliniken in Zürich, Klinik Im Park und Klinik Hirslanden, existierenden Mitarbeitenden-Pools im Bereich Pflege zu einer gemeinsamen Struktur am Platz Zürich zu fusionieren. Beide Pools setzen Mitarbeitende der Pflege zur kurzfristigen Abdeckung eines Personalbedarfs ein. Dabei ist die administrative Abwicklung unterschiedlich. In beiden Kliniken ist der Pool zudem noch nicht auf seiner Soll-Grösse (Anzahl Personen pro Berufsgruppe) und Einsätze externer Personaldienstleister sind zur Abdeckung von fehlenden Personalressourcen nötig. Durch die Zusammenführung der beiden bestehenden Pool-Strukturen wird eine einheitliche Organisation am Platz Zürich erreicht, zudem wird eine Vereinheitlichung des Vorgehens bei Personalanforderung und bei Einsatz des Personals im Bereich Pflege und Medizintechnik umgesetzt. Weiterhin wird eine Reduktion der externen Personaleinsätze angestrebt.

Konkret wurden für das Projekt folgende Teilziele definiert:

- Reduktion der Personalkosten: Reduktion der Einsätze externer Personen (Personaldienstleister, Temporärpersonal)
- Transparente Kostenstruktur: Neue Pool-Mitarbeitende werden anhand bestehender Hirslanden-Kriterien eingestuft
- Gezielter Einsatz von Personal in Abhängigkeit von der Bettenbelegung
- Bessere Verfügbarkeit des Personals: Grössere Personenzahl, schnellere Erreichung der Soll-Grösse
- Konsolidierung des Administrationsaufwandes: Zentralisierte Organisation durch ein Koordinationsteam am Platz Zürich
- Qualitätssicherung: Vermehrter Einsatz interner Mitarbeitender, Einführung und Weiterbildung dieser, regelmässige jährliche Qualifikationsgespräche
- Angleichung der Kompetenzen: Vereinheitlichung der Kompetenzraster

Die in das Projekt involvierten Berufsgruppen sind auf Seiten der Klinik: Bereichsleitung Pflege, Abteilungsleitungen Pool, Koordinationsteam Pool, Bettenabteilungen Pflege, Intensivstation, Überwachungsstation, HR, Marketing & Kommunikation, ICT, Finanzen. Und seitens der Klinik Im Park: Bereichsleitung Pflege, Teamleitung Pool, Pflege, Medizintechnik, HR, ICT, Finanzen.

Das Projekt steht kurz vor dem Abschluss. Die Soll-Strukturen wurden definiert und befinden sich in Vorbereitung zur Umsetzung. Die Pool-Mitarbeitenden sowie alle betroffenen Schnittstellen wurden informiert und haben die Änderungen positiv aufgenommen. Die Neue Pool-Organisation tritt per 1.4.2017 in Kraft.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Notfallerweiterung

Der Umfang des Projektes orientierte sich an den Umsetzungsanforderungen, welche aufgrund der Anforderung der Gesundheitsdirektion (GD) und der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) und aufgrund stetig steigender Patientenzahlen notwendig waren, um einen effizienten Notfallbetrieb sicherzustellen. Seit Aufnahme auf die Spitalliste und Zertifizierung der Klinik als Stroke Center hat die Patientenzahl, insbesondere im Bereich der Akutkardiologie, des Strokes und der schwerer kranken Patienten kontinuierlich zugenommen. Damit der Notfallbetrieb effizient und prozessorientiert sichergestellt werden kann, wurde als zentrales Element der Bau eines Schockraumes und einer Doppelkoje realisiert. Gleichzeitig wurde neben einem dringend benötigten Aufenthaltsraum für Mitarbeiter auch einen überarbeiteten Empfangs- und Wartebereich, sowie einen angepassten Ärztarbeitsraum eingerichtet.

Für das Projekt wurden folgende Meilensteine definiert:

- Die Anforderungen an die Notfallerweiterung sind durch die Anspruchsgruppen formuliert.
- Die Notfallerweiterung ist geplant und der entsprechender Business Case ist erstellt.
- Der Realisierungsplan ist erstellt.
- Die finanzielle Mittelbeschaffung ist gesichert.
- Der Bau ist abgeschlossen und kann In Betrieb genommen werden.

Die in das Projekt involvierten Berufsgruppen waren auf Seite der Klinik: NotfallZentrum, HL-Pflege IPS / ÜWS / IMC, Projektmanagement, Bau & Technik, Marketing & Kommunikation, Zentrum für Urologie. Und Seitens des zentralen Corporate Office: Beschaffung und Logistik, Immobilien, ICT.

Der Umbau konnte dank einer guten Koordination und Abstimmung während des laufenden Betriebes umgesetzt und per Ende Jahr abgeschlossen werden. Die neuen baulichen Massnahmen stellen sicher, dass die adäquate Versorgung von Stroke/AMI- und schwerer kranker Patienten auch künftig gewährleistet werden kann. Das Projekt wurde ohne offene Massnahmen abgeschlossen, der Arbeitsalltag hat sich in den neuen Räumlichkeiten einwandfrei etabliert.

18.2.2 Definitiver Boardroom

Die Räumlichkeit für die Indikationsboards / Weiterbildungen wurden ab Dezember 2015 für einen Belegarzt benötigt. Somit musste ein neuer Raum für die Indikationsboards mit entsprechender multifunktionaler Ausstattung gefunden werden. Der Entscheid fiel auf das stillgelegte Gehbad in der Physiotherapie. Für die Übergangsphase wurde ein provisorischer Raum eingerichtet, welcher nach Abschluss des Projektes wieder aufgelöst werden soll.

Für das Projekt wurden folgende Meilensteine definiert:

- Planung (Projektplan, Investitionen, technische Spezifikationen) wurde abgeschlossen.
- Umbaumassnahmen sind umgesetzt.
- Wartung der technischen Ausstattung ist gewährleistet.
- Der Rückbau des Provisoriums hat stattgefunden.

Die in das Projekt involvierten Berufsgruppen waren auf Seiten der Klinik: ärztliche Benutzervertretung, Bau & Technik, Physiotherapie, Projektmanagement und auf Seiten des zentralen Corporate Office: Immobilien, ICT.

Das Projekt konnte im November 2016 erfolgreich abgeschlossen werden. Durch das Projekt konnte ein Raum geschaffen werden, welcher die professionelle Durchführung der Indikationsboards gewährleistet. Der Austausch der Fachkenntnisse optimiert die Patientenbehandlung und kann zur Akquisition neuer Kunden genutzt werden. Durch die multifunktionale Ausstattung des Raumes kann dieser auch für Weiterbildungen, kleinere Symposien etc. eingesetzt werden.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 JACIE Zertifizierung (Blutstammzelltransplantation)

Die Klinik Hirslanden hat sich mit Aufnahme der Leistungsgruppe HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantation auf die Spitalliste mit Gültigkeit per 1. Juli 2014 verpflichtet, die JACIE-Zertifizierung (Stammzelltransplantation) zu erwerben. Die momentan durchgeführten Transplantationen werden in Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Zürich (USZ) durchgeführt. Die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD) festgelegten Fallzahlen können gemäss den aktuellen Zahlen erreicht werden.

Für das Projekt wurden folgende Meilensteine definiert:

- Die geforderte Dokumentation zur Vorinspektion liegt vollständig vor.
- Die Anmeldung zur Zertifizierung wurde bestätigt.
- Das Probeaudit wurde erfolgreich durchgeführt.
- Das JACIE Audit wurde erfolgreich durchgeführt.
- Notwendige Korrekturen wurden erfolgreich erfüllt.
- Das Zertifikat wurde übergeben.

Die in das Projekt involvierten Berufsgruppen sind auf Seiten der Klinik: Projektmanagement, Onkozentrum Hirslanden, Bettenabteilung Süd 1, Hauptabteilungsleitung, Qualitätsmanagement, Pflegeexperten, Marketing, Hygiene, Ernährungsberatung, Hotellerie, Ökonomie, Intensivstation, Physiotherapie, Radiotherapie, IMN, IFAI, Apotheke, Clinical Trial Unit. Auf Seiten des zentralen Corporate Office: Fakturierung/Kostengutsprache und von extern das Universitätsspital Zürich (USZ).

Das Projekt ist bereits weit vorangeschritten. Die im Projekt erarbeiteten Dokumente werden zentral auf dem IMS (internes Prozessmanagementtool) hinterlegt, sodass alle am Prozess beteiligten Mitarbeiter darauf zugreifen und diese in ihrer täglichen Arbeit einsetzen können. Die im Probeaudit vom Januar 2017 aufgedeckten Mängel und die daraus formulierten Verbesserungsmassnahmen konnten bereits umgesetzt und im Alltag implementiert werden. Das offizielle Audit durch die JACIE-Organisation wird Mitte März 2017 stattfinden.

18.3.2 Tumorzentrum Hirslanden Zürich

Im Sommer 2016 startete der Aufbau des Tumorzentrums Hirslanden Zürich. Das Tumorzentrum vereint Spezialisten aus onkologisch tätigen Fachgebieten, damit Patienten mit Krebs die bestmögliche Diagnostik, Therapie und Nachsorge angeboten werden kann. Der Aufbau des Tumorzentrums hat zum Ziel, sich nach den stringenten Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zu zertifizieren. Durch Erfüllung verschiedener fachlicher Anforderungen wird den Patienten eine qualitativ hochstehende Versorgung garantiert.

Der Aufbau des Zentrums wird mit 2 Jahren projektiert. In einer ersten Zertifizierungsphase werden das Prostatakrebszentrum und Brustkrebszentrum aufgebaut und zertifiziert. In einer zweiten Phase folgen das Darmkrebszentrum, Pankreaskrebszentrum, Magenkrebszentrum und Leukämie- und Lymphomzentrum. Weitere Organkrebszentren befinden sich in Prüfung. Das Tumorzentrum Hirslanden Zürich vereint als Dachorganisation all diese Organkrebszentren und wird voraussichtlich im Jahr 2018 als Onkologisches Zentrum zertifiziert.

Für das Projekt wurden folgende Meilensteine definiert:

Erstes Zertifizierungsintervall

- Festlegung der erforderlichen Prozesse und Patientenpfade des Brust- und Prostatakrebszentrums
- Start der Tumordokumentation für das Brust- und Prostatakrebszentrums
- Bestätigung der Anmeldung zur Erstzertifizierung
- Erfolgreiche Durchführung des Probeaudits
- Erfolgreiche Durchführung des Audits
- Erhalt Zertifikat des Brust- und Prostatakrebszentrums

Zweites Zertifizierungsintervall

- Festlegung der erforderlichen Prozesse und Patientenpfade des Darm- Pankreas- und Magenkrebskrebszentrums sowie Leukämie- und Lymphomzentrum
- Festlegung der erforderlichen Prozesse des Tumorzentrums (Dachorganisation)
- Start der Tumordokumentation für das Darm- Pankreas- und Magenkrebskrebszentrums sowie Leukämie- und Lymphomzentrum
- Bestätigung der Anmeldung zur Erstzertifizierung der vier weiteren Organkrebszentren und des Tumorzentrums
- Erfolgreiche Durchführung des Probeaudits
- Erfolgreiche Durchführung des Audits
- Erhalt Zertifikat des Darm- Pankreas- und Magenkrebskrebszentrums, Leukämie- und Lymphomzentrum sowie des Tumorzentrums

Für den Aufbau und die Zertifizierung des Tumorzentrums wurde ein neues Team rekrutiert, welches die notwendigen Massnahmen bearbeitet und übergeordnete Organisationsstrukturen aufbaut und unterhält, um das Projekt voranzutreiben. Eine Herausforderung dabei ist, die grosse Anzahl an Anspruchsgruppen und involvierten Fachgebiete zum richtigen Zeitpunkt einzubeziehen und abzuholen. Durch eine regelmässige und transparente Kommunikation sowie einem definierten Gremium von Fachverantwortlichen wird sich dieser Herausforderung angenommen.

18.3.3 Stroke Rezertifizierung

Das Stroke Center Hirslanden bietet Patienten mit einer Streifung oder einem Schlaganfall eine sofortige, umfassende, spezialisierte und standardisierte Behandlung auf dem neusten Stand der Wissenschaft und Technik. Im Mai 2014 wurde unser Stroke Center von der Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS) erfolgreich zertifiziert. Die Klinik Hirslanden ist mit dem Leistungsauftrag NEU3.1 auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt. Im Oktober 2017 wird das Stroke Center Hirslanden rezertifiziert. Um die Empfehlungen und Auflagen aus der Erstzertifizierung umzusetzen, wurde im Jahr 2015 das Projekt mit folgenden grossen Meilensteinen gestartet:

- Das Stroke Center Hirslanden wird im Oktober 2017 von der SFCNS rezertifiziert und behält seinen kantonalen Spitalistenplatz
- Der diensthabende Stroke-Neurologe steht jederzeit vor Ort zur Verfügung
- Alle Hirnschlagpatienten werden auf einer örtlich und funktionell abgegrenzten Abteilung von speziell geschultem Pflegepersonal behandelt
- Das Betriebs- und Behandlungskonzept des Stroke Center Hirslanden wird von den Stroke-Neurologen regelmässig überarbeitet
- Die Kennzahlen des Stroke Center Hirslanden werden systematisch erfasst, kontrolliert und evaluiert. Es findet eine kontinuierliche Verbesserung statt
- Es besteht eine engere Zusammenarbeit mit Schutz & Rettung Zürich
- Die Klinik Hirslanden arbeitet bei Hirnschlagpatienten mit verschiedenen Akutspitalern des Kantons Zürich zusammen
- Das Stroke Center Hirslanden kooperiert mit verschiedenen Rehabilitationskliniken, um unseren Patientinnen und Patienten einen breiten Zugang zur Neurorehabilitation zu ermöglichen

Viele Meilensteine konnten bereits erfolgreich abgeschlossen werden. So wurde zum Beispiel der neurologische Präsenzdienst 24h / 365d eingeführt. Alle Hirnschlagpatienten werden auf einer Pflegeabteilung behandelt, was eine qualitativ hochstehende und routinierte Behandlung ermöglicht. Die Kennzahlen unseres Stroke Centers werden für die Qualitätskontrolle in einem nationalen Register eingetragen. Andere Meilensteine befinden sich in Ausführung und werden innert geplanter Frist umgesetzt.

Die in das Projekt involvierten Berufsgruppen sind seitens der Klinik: Projektmanagement, Neurologen, Neuroradiologen, Neurochirurgen, weitere mitbehandelnde Ärzte aller Disziplinen, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Bettenabteilung W0, Notfallzentrum, Intensivstation, Qualitätsmanagement, Marketing & Kommunikation, Medizincontrolling, ICT, Clinical Trial Unit, Netzwerkmanagement, Case Management, Bau & Technik und von extern verschiedene Belegarztpraxen und Kooperationspartner.

Um das Projekt zum Erfolg zu führen, müssen die Bedürfnisse aller Anspruchsgruppen einbezogen werden. Die Vielzahl der Anspruchsgruppen machen ein sorgfältiges Abwägen der Bedürfnisse unabdingbar. Eine frühzeitige und transparente Kommunikation ist daher von grosser Wichtigkeit.

Bisher verlief das Projekt nach Plan. Um die oben genannten Meilensteine zu erreichen, wurden diverse Massnahmen aufgeleistet. Die meisten Empfehlungen aus der Erstzertifizierung konnten deshalb bereits abgeschlossen werden. Zudem wurden im Rahmen eines Nach-Audits der SFCNS im Herbst 2016 zwei Auflagen überprüft, die das Stroke Center inhaltlich und fristgemäss erfüllt hat.

19 Schlusswort und Ausblick

Auch in dem vergangenen Jahr ist es der Klinik Hirslanden gelungen, medizinische Leistungen zu erbringen, welche im Einklang mit dem Businessmodell und der Klinik Vision stehen. Hochstehende, spezialisierte Medizin in praktisch allen medizinischen Fachgebieten wird durch die belegärztlichen Kompetenzzentren erbracht, während eine breite Basismedizin mit Fokus auf Patientensicherheit durch die Klinik-Bereiche des Medizinischen Systems sichergestellt wird. Das Ganze wird verbunden mit erstklassigen Serviceleistungen.

Die langfristige Strategie der Klinik beruht auf dem Ausbau der hochspezialisierten Medizin (HSM). In vielen dieser Bereiche hat die Klinik Hirslanden bereits jetzt die Kompetenz von Universitätsspitalen.

Durch die Kombination von erfahrenen Fachärzten, zukunftsorientierten Technologien, sowie dem ausgezeichneten Service mit individueller Betreuung und privatem Ambiente, setzt die Klinik Hirslanden weiterhin höchste Qualitätsstandards und bietet ihren Patienten raschen Zugang zu spitzenmedizinischen Leistungen.

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)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Strabologie
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
Glaukom
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)

Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe
Grosse Lebereingriffe
Oesophaguschirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe
Interventionen intrakranielle 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)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie

Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie
Polysomnographie
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 der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq 2000\text{g}$)
Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq 1250\text{g}$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq 2000\text{g}$)
Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250\text{g}$)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

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**).