



Qualitätsbericht 2017
der Klinik Gut AG

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2017.

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

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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2017

Frau
Patricia Büchel
Qualitätsverantwortliche
081 595 55 48
p.buechel@klinik-gut.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	16
4.5 Registerübersicht	17
4.6 Zertifizierungsübersicht	18
QUALITÄTSMESSUNGEN	19
Befragungen	20
5 Patientenzufriedenheit	20
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	20
5.2 Eigene Befragung	22
5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung Mecon	22
5.2.2 Patienten-Feedbackbögen	23
5.3 Beschwerdemanagement	24
6 Angehörigenzufriedenheit Im Mittelpunkt der Befragung stehen die Patienten - aufgrund des Settings und Fokus der Klinik Gut und der Tatsache, dass keine Langzeitpflege stattfindet.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Die Mitarbeiterbefragung findet im 2019 statt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Belegärztezufriedenheit wird über Befragung sicher gestellt, es findet ein regelmässiger Austausch mit den Zuweisern statt.	
Behandlungsqualität	25
9 Wiedereintritte	25
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	25
10 Operationen	26
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	26
11 Infektionen	27
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	27
12 Stürze	29
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	29
13 Wundliegen	31
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	31
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

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

18	Projekte im Detail	33
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	33
18.1.1	EFQM R4E Auszeichnung	33
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	33
18.2.1	siehe Punkt 3.1/3.2 & 4	33
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	33
18.3.1	EFQM R4E Auszeichnung	33
18.3.2	SLH Requalifikation	33
19	Schlusswort und Ausblick	34
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		35
Akutsomatik		35
Anhang 2		
Herausgeber		36

1 Einleitung

Zweck der Organisation

An zwei Klinikstandorten (Nord- und Südbünden) bieten wir ein hochstehendes Leistungsangebot im Bereich Orthopädie und Traumatologie mit entsprechender Subspezialisierung an. Die Behandlung basiert auf dem jeweils neuesten Stand der internationalen Wissenschaft, sie integriert die anerkannten Behandlungs- und Therapieansätze und richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen unserer Patienten. Die Klinik Gut AG ist ein unabhängiges, privates, marktorientiertes Unternehmen und handelt eigenwirtschaftlich. Die Eigentümerstruktur, wie auch die überschaubare Grösse der Klinikbetriebe, erlaubt eine kompromisslose Ausrichtung der gesamten Klinik auf die Bedürfnisse unserer Patienten und die Prägung einer familiären Betriebskultur.

Rechtsform und Eigentumsverhältnisse

Die Klinik Gut AG ist eine Aktiengesellschaft. Diese ist im Besitz von kliniktätigen Ärzten sowie Mitgliedern des Verwaltungsrates. Damit wird die Übereinstimmung der Interessen der Aktionäre mit denjenigen der ärztlichen Schlüsselpersonen der Klinik sichergestellt.

Geschäftsfelder

Die Klinik Gut AG ist ein privates Bündner Klinikunternehmen für die Bewohner und Gäste der Region. Schwerpunkte des medizinischen Angebotes bilden die Behandlung von Sportunfällen / Traumatologie sowie die orthopädische Chirurgie. Die Klinik Gut AG ist die einzige private Akutklinik im Kanton GR.

Produkte und Dienstleistungen

Zu den spezialisierten Fachbereichen der Klinik Gut gehören neben der Schulter- und Ellenbogenchirurgie die Hüft- und Kniechirurgie. Weitere eigenständige Fachbereiche bilden die Wirbelsäulenchirurgie, die Hand- und Fusschirurgie sowie die Allgemeine Chirurgie und die Sportmedizin. Unsere Spezialisten führen an den Klinikstandorten St. Moritz und Fläsch Behandlungen durch. Nachbehandlungen bieten wir zusätzlich in unseren Praxisräumlichkeiten im Airport Medical Center am Flughafen Zürich-Kloten, in Ascona, Chur und Buchs SG an.

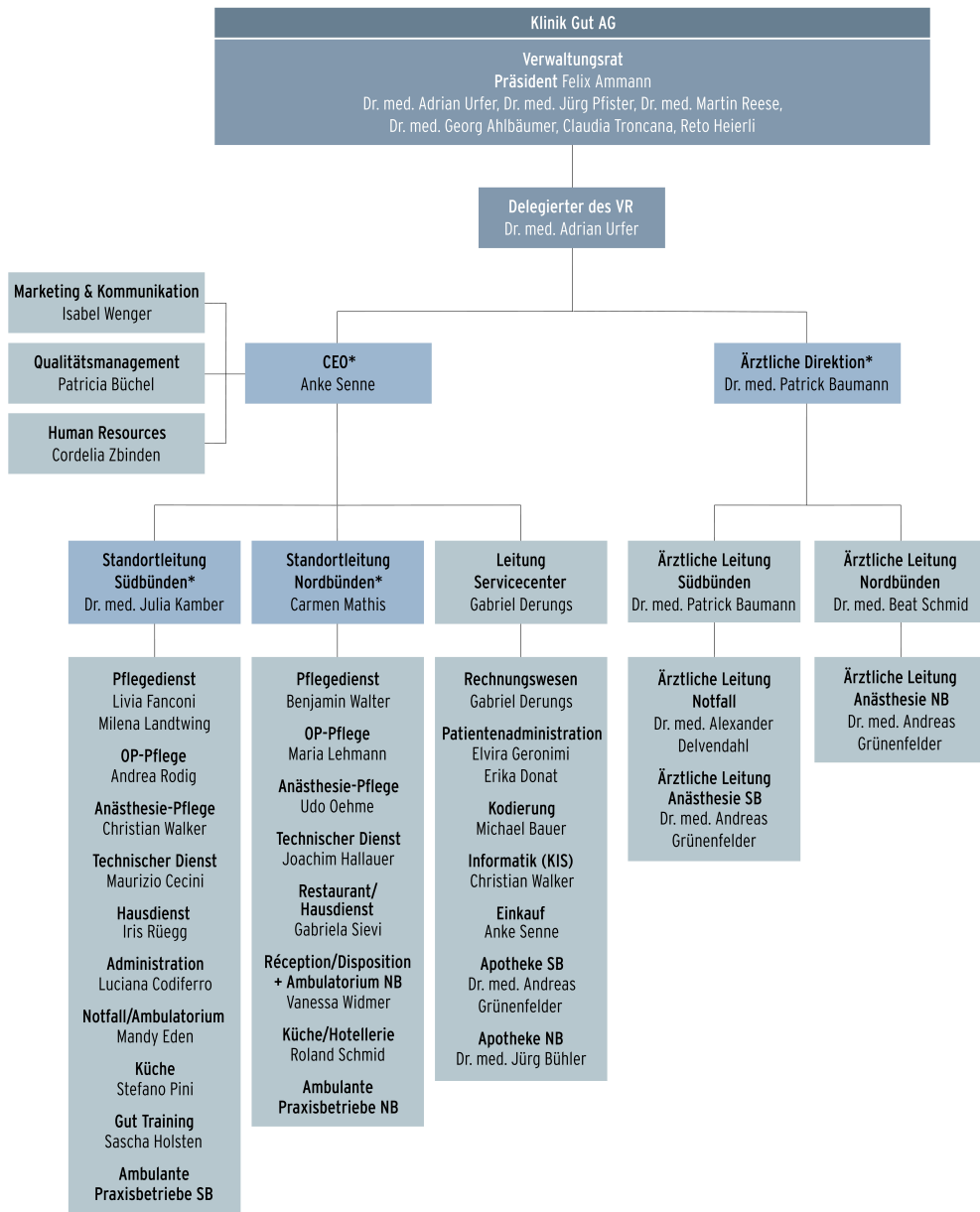
Vision

Die Klinik Gut AG ist der führende Bündner Gesundheitsdienstleister in den Bereichen Orthopädie und Traumatologie. Sie bietet Patienten aus und auch ausserhalb der Region modernste Infrastruktur und beste medizinische Betreuung im persönlichen, vertrauensvollen Umfeld einer überschaubaren Klinik.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



* Mitglied der Klinikleitung
NB Nordbünden
SB Südbünden

Stand 31.12.2017

Aufgrund eines Wechsels in der Führung übernimmt Dr. med. Adrian Urfer als Delegierter des Verwaltungsrates die Position CEO ad interim. Carmen Mathis übernimmt ab 1. Juli 2018, auf Stufe Klinikleitung, die Rolle der Qualitätsbeauftragten der Klinik Gut AG. Patricia Büchel übernimmt die Nachfolge von Sibylle Diserens als Leitung Qualitätsmanagement.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Carmen Mathis
Qualitätsbeauftragte
Klinik Gut AG
081 595 55 06
c.mathis@klinik-gut.ch

Frau Patricia Büchel
Qualitätsverantwortliche
Klinik Gut AG
081 595 55 48
p.buechel@klinik-gut.ch

3 Qualitätsstrategie

Unser Qualitätsmanagement richtet sich nach den EFQM Grundkonzepten der Excellence:

Nutzen für Kunden schaffen

Unsere Stakeholder stehen im Zentrum unserer Anstrengungen. Auf allen Ebenen gehen wir individuell, persönlich und charmant auf unsere Kunden und ihre Bedürfnisse ein, begleiten sie über die Diagnose hinaus und schaffen so ein wertvolles Kundenvertrauen. Um optimalen Kundennutzen zu schaffen überprüfen wir laufend die Erfahrungen unserer Kunden, reagieren angemessen auf Rückmeldungen und vergleichen unsere Leistungen mit relevanten Mitbewerbern.

Die Zukunft nachhaltig gestalten

Wir fokussieren uns auf unsere Kernkompetenzen und antizipieren zukünftige Entwicklungen. Aus diesen Erkenntnissen entstehen nachhaltige Strategieziele die umgesetzt werden, um eine langfristige Wirtschaftlichkeit und die Wettbewerbsfähigkeit zu gewährleisten. Zudem unterstützen wir Interessengruppen und Partner mit unserem medizinischen Know-How und regionalen Sponsorings.

Die Fähigkeiten der Organisation entwickeln

Wertvolle Netzwerke wie The Swiss Leading Hospitals, unser internationales Advisory Board sowie Kooperationsspitäler unterstützen uns darin eine Vergleichbarkeit sowie einen Know-How-Austausch zu schaffen um unsere Fähigkeiten weiter zu entwickeln. Wir arbeiten zudem eng mit nachgelagerten Institutionen, insbesondere in der Physiotherapie wie auch mit externen Spezialisten zusammen.

Kreativität und Innovation fördern

Durch das systematische Management unserer Qualitätsaktivitäten schaffen wir auf allen Ebenen ein permanentes Qualitätsbewusstsein. Anhand einer systematischen Vermittlung, werden unsere Prozesse und Ergebnisse laufend durch kreative und innovative Aktivitäten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft, verbessert. Zudem ist ein Ideenmanagement implementiert welches alle relevanten Interessengruppen involviert.

Mit Vision, Inspiration und Integrität führen

Unsere Führungskräfte leben unsere Werte und tragen persönlich zu einer familiären Atmosphäre und gegenseitiger Wertschätzung bei. Zudem pflegen wir eine flache Hierarchie, was Eigenverantwortung und Innovationen zur Unterstützung der Organisationsentwicklung fördert.

Veränderungen aktiv managen

Die Organisationsstruktur der Klinik Gut erlaubt kurze Entscheidungswege und somit eine zeitnahe Umsetzung von Veränderungen sowie Projekten. Unser Qualitätssystem ist prozessorientiert. Unsere Prozesse werden optimiert, um eine maximale Prozesssicherheit, Servicequalität und Prozesseffizienz zu gewährleisten.

Durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgreich sein

Das Ziel, eine hohe Identifikation jedes Mitarbeitenden mit der Klinik, erreichen wir mit einem Klima zur Förderung von Selbständigkeit durch Eigenverantwortung sowie der Entwicklung und Entfaltung der Potentiale unserer Mitarbeitenden. Als Wertschätzung für ihren Beitrag werden unsere Mitarbeitenden leistungsbezogen am unternehmerischen Erfolg beteiligt.

Dauerhafte herausragende Ergebnisse erzielen

Die effiziente Führung unserer Klinik beinhaltet ein zielorientiertes und antizipierendes Denken, basierend auf unseren Werten, strategischen Zielen und Kundenanforderungen. Eine Bewertung ausgewählter Kennzahlen und Messgrößen erfolgt im Sinne des strategischen Fortschritts und der Steigerung der Wirtschaftlichkeit.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Mit einem erfolgreichen Start der neuen Klinik Gut in Fläsch und der Auszeichnung EFQM C2E 2 Star im Januar 2017 als Nachweis für eine exzellente Qualität hat sich die Klinik Gut AG im Gesundheitsmarkt Graubünden weiter positioniert und ihre Wachstumsstrategie untermauert. Hochqualifizierte ärztliche und pflegerische Fachkräfte sowie Therapeuten in ihrer interdisziplinären Zusammenarbeit stimmen die Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse unserer Patienten ab. Unser umfassendes Qualitätsverständnis sowie die Unternehmensführung wird kontinuierlich weiterentwickelt und ist das Ergebnis eines gelebten und kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Qualitätsschwerpunkte 2017

- Inbetriebnahme der Klinik Gut in Fläsch
- Erreichung der EFQM-Stufe Committed to Excellence 2-Stern
- Prozess Reviews an beiden Standorten - Harmonisierung der beiden Standorte
- ANQ-Anforderungen und Erhebungen sowie Patientenzufriedenheitsbefragungen (Mecon und ANQ) wurden durchgeführt/umgesetzt.
- Internes Kulturaudit und Vorbereitung Mitarbeiterumfrage mit Great Place to work für für 2018
- Vorbereitung EFQM-Stufe Recognized for Excellence R4E

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Einführung und Inbetriebnahme des eQMS
- Ausbau Prozessmanagement an beiden Standorten
- EFQM Excellence Weg mit dem Ziel R4E Stufe

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:	Klinik Gut Fläsch	Klinik Gut St. Moritz
<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:		
	Klinik Gut Fläsch	Klinik Gut St. Moritz
<i>Patientenzufriedenheit</i>		
▪ Patientenzufriedenheitsbefragung Mecon	√	√
▪ Patienten-Feedbackbögen	√	√

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Interne Prozess-Reviews

Ziel	Schwerpunktthema: Evaluation EQMS für Umsetzung und Einführung 2018
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamter Betrieb
Standorte	Klinik Gut Fläsch, Klinik Gut St. Moritz
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Jährlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Aktualität des Prozessmanagements
Methodik	Planung anhand Prozess-Review-Plan.
Involvierte Berufsgruppen	Prozesseigner, QV
Evaluation Aktivität / Projekt	aktuelles Prozessmanagement, Umsetzung Schwerpunktthema
Weiterführende Unterlagen	Prozessmanagement-Ordner, Sitzungsprotokolle

The Swiss Leading Hospitals Excellence Thema Fehlerkultur

Ziel	Bearbeitung und Bericht an SLH und folgendem Feedback
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamter Betrieb
Standorte	Klinik Gut Fläsch, Klinik Gut St. Moritz
Projekte: Laufzeit (von...bis)	jährlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
Begründung	SLH Mitgliedschaft als ein Zeichen für ein ausserordentlich hohes Qualitätsniveau und positioniert die Klinik als führende Institution im entsprechenden Spezialgebiet
Methodik	jährliches Excellence-Thema inkl. Bericht
Involvierte Berufsgruppen	Prozesseigner, Qualitätsverantwortliche, Klinikleitung
Evaluation Aktivität / Projekt	Bewertung und Pendenzen aus Excellence Feedback
Weiterführende Unterlagen	Feedback Bericht Excellence

CIRS-Fallbesprechungen

Ziel	Optimierung Patientensicherheit, Feedback-Kultur
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamter Betrieb
Standorte	Klinik Gut St. Moritz , Klinik Gut Fläsch
Projekte: Laufzeit (von...bis)	pro Quartal
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Gemeinsame Eruiierung von Massnahmen, Awareness CIRS optimieren
Methodik	Fallbesprechungen und Themen zu Patientensicherheit, Human Factors
Involvierte Berufsgruppen	alle Mitarbeitenden, medizinische Bereiche obligatorisch, CIRS-Verantwortlicher, med. Leitung und QV
Evaluation Aktivität / Projekt	umgesetzte Massnahmen, CIRS-Fälle, Präsenzliste, Messgrössen
Weiterführende Unterlagen	Anwesenheitsliste, Auswertung CIRS-Fälle

Patientenzufriedenheitsbefragungen

Ziel	Steigerung Zufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamter Betrieb
Standorte	Klinik Gut Fläsch, Klinik Gut St. Moritz
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Vergleich Benchmark, Optimierung Dienstleistungen
Methodik	Mecon Patientenbefragung stationär und interne Feedbackbögen
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsverantwortliche
Evaluation Aktivität / Projekt	Analyse Auswertung, Massnahmen zu negativen Bemerkungen, Vergleich Benchmark
Weiterführende Unterlagen	Auswertungen

Qualitätszirkel

Ziel	Qualitätsgremium mit Entscheidungskompetenzen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Qualität, Medizin, Klinikleitung
Standorte	Klinik Gut St. Moritz , Klinik Gut Fläsch
Projekte: Laufzeit (von...bis)	quartalsweise
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Awareness Qualitätsthemen, kurze Entscheidungswege
Methodik	Kommunikation, Diskussion inklusive Protokoll und Massnahmen
Involvierte Berufsgruppen	QV, Kader, Ärzte, Klinikleitung
Evaluation Aktivität / Projekt	Protokoll, Umsetzung Massnahmen
Weiterführende Unterlagen	Protokoll

EFQM Excellence Weg

Ziel	Erreichung EFQM R4E-Stufe
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Qualität
Standorte	Klinik Gut Fläsch, Klinik Gut St. Moritz
Projekte: Laufzeit (von...bis)	C2E**-Stufe Januar 2017
Begründung	EFQM Q-System
Methodik	externes Assessment
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende, Kader, Klinikleitung
Evaluation Aktivität / Projekt	EFQM Assessment-Bericht
Weiterführende Unterlagen	Assessment-Bericht

Hygienekommission

Ziel	Hygienegremium mit Entscheidungskompetenzen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Qualität und Hygiene
Standorte	Klinik Gut Fläsch, Klinik Gut St. Moritz
Projekte: Laufzeit (von...bis)	jährlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Awareness Hygienethemen, kurze Entscheidungswege
Methodik	Kommunikation, Diskussion inklusive Protokoll und Massnahmen
Involvierte Berufsgruppen	Hygieneverantwortliche, Link-Nurse, Kader, Ärzte, Klinikleitung
Evaluation Aktivität / Projekt	Protokoll, Umsetzung Massnahmen
Weiterführende Unterlagen	Protokoll

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2007 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	Standorte
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012	Alle
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	k.J.	Alle
Med. Stat. Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	k.J.	Alle

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	Standorte	Kommentare
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Gesamter Betrieb	2002	2015	Klinik Gut Fläsch, Klinik Gut St. Moritz	
EFQM Qualitätssystem	Gesamter Betrieb	2017	2017	Klinik Gut Fläsch, Klinik Gut St. Moritz	C2E**-Stufe
The Swiss Leading Hospitals (SLH)	Gesamter Betrieb	2001	2016	Klinik Gut Fläsch, Klinik Gut St. Moritz	
Zertifikat Gütezeichen REKOLE	Betriebliches Rechnungswesen	2013	2016	Klinik Gut Fläsch, Klinik Gut St. Moritz	
Swiss Olympic Medical Base Zertifizierung	Sportmedizin	2003	2014	Klinik Gut St. Moritz	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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

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

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Klinik Gut Fläsch	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.47 (4.37 - 4.42)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.74 (4.62 - 4.67)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.80 (4.67 - 4.72)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.72 (4.55 - 4.62)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.44 (4.17 - 4.24)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	94.00 %
Klinik Gut St. Moritz	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.36 (4.37 - 4.42)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.72 (4.62 - 4.67)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.74 (4.67 - 4.72)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.75 (4.55 - 4.62)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.39 (4.17 - 4.24)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	92.16 %

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

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

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Klinik Gut Fläsch			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	53		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	38	Rücklauf in Prozent	72 %
Klinik Gut St. Moritz			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	52		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	32	Rücklauf in Prozent	62 %

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung Mecon

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten den Spitalaufenthalt empfunden haben. Dies ermöglicht es zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Januar 2017 bis Dezember 2017 an allen Standorten durchgeführt.

Im Befragungszeitraum wurden alle stationären Patientinnen und Patienten über 18 Jahre, mit Wohnsitz in der Schweiz und FL, befragt. Der Versand der Fragebogen (Deutsch und Italienisch) erfolgt kurz nach Klinikaustritt.

Anzahl versendete Fragebogen alle Standorte: 878

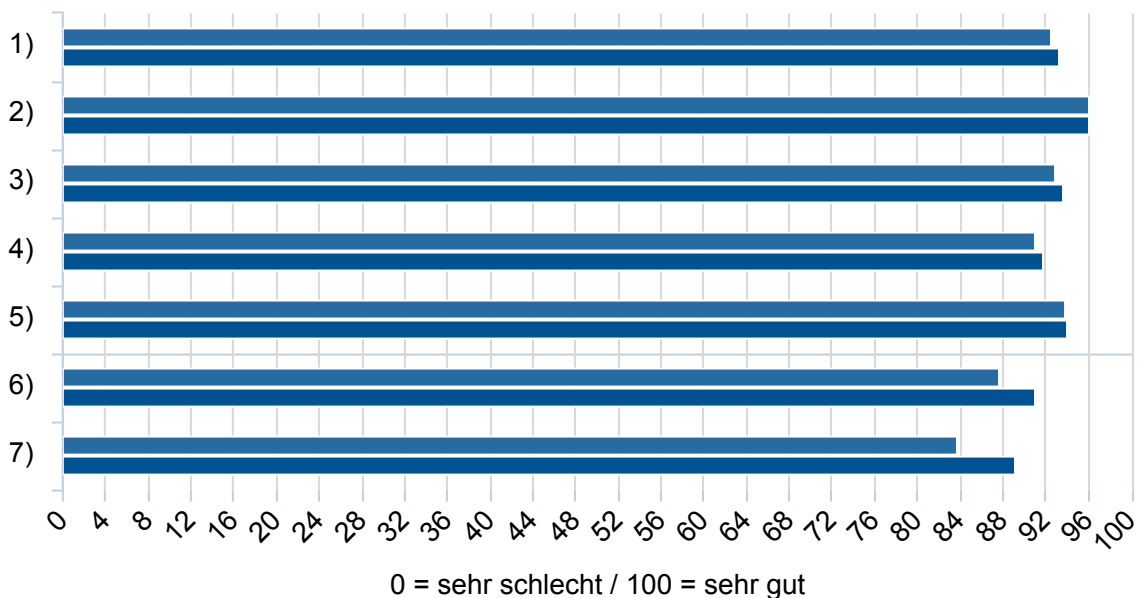
Anzahl valide Fragebogen alle Standorte: 601

Rücklaufquote: 68%

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



■ Klinik Gut Fläsch
 ■ Klinik Gut St. Moritz

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Gut Fläsch	93.30	96.10	93.70	91.70	94.10
Klinik Gut St. Moritz	92.60	96.10	92.90	91.10	93.90

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Klinik Gut Fläsch	91.00	89.10		- %
Klinik Gut St. Moritz	87.70	83.70		- %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

5.2.2 Patienten-Feedbackbögen

Die anonymen Patienten-Feedbackbögen werden bei Austritt an alle Patientinnen und Patienten abgegeben. Sie liefern uns wertvolle positive sowie negative Patientenbemerkungen. Zu den relevanten Verbesserungsvorschlägen werden mit den entsprechenden Bereichsleiterinnen Massnahmen eruiert.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 an allen Standorten durchgeführt. Angaben zum untersuchten Kollektiv: Alle Patientinnen und Patienten die aus der Klinik Gut AG austreten. Doppelte Abgaben sind wenn möglich zu vermeiden.

Positive Patientenbemerkungen:

St. Moritz:

"Ich kann nur loben, einfach TOP!

Vom Empfang über die Vorbereitung zur OP - insbesondere der Empfang der Anästhesie mit den zwei unglaublich netten Ladies und auch alle anderen Pflegefachladies und -gentlemen.

Mein Operateur hat mir durch seine motivierende Art sämtliche Ängste genommen, ein grosses Dankeschön!!

Ich werde Euch gerne weiterempfehlen. Familiär, alles professionell.

Das Essen ist auch fein :-).

Mit bestem Dank."

Fläsch:

"Von A-Z stimmt einfach alles. Ganze tolle Ärzte, tolles und kompetentes Pflegepersonal. Schöne Zimmer mit Aussicht. Küche super!! Herzlichen Dank!"

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Gut Fläsch

Qualitätsbeauftragte

Carmen Mathis

Standortleitung Nordbünden

081 595 55 06

c.mathis@klinik-gut.ch

Klinik Gut St. Moritz

Julia Kamber

Standortleitung Südbünden

081 836 34 10

j.kamber@klinik-gut.ch

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

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

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

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 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

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

Messergebnisse

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

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

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

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:	Klinik Gut Fläsch	Klinik Gut St. Moritz
▪ Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)		√
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	√	√
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	√	√

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Klinik Gut St. Moritz						
Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)	21	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 16.10%)

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 Gut Fläsch						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	312	1	1.30%	2.40%	0.00%	1.20% (0.20% - 2.78%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	338	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.09% (0.00% - 1.09%)
Klinik Gut St. Moritz						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	182	1	0.00%	0.00%	2.00%	1.20% (0.13% - 3.91%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	163	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.90% (0.00% - 2.24%)

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

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

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
Klinik Gut Fläsch				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	0	0	0
In Prozent	16.70%	0.00%	0.00%	0.00%
Klinik Gut St. Moritz				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	0	1	0
In Prozent	11.10%	0.00%	7.10%	0.00%

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

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

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<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. 	
Klinik Gut Fläsch			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	15	Anteil in Prozent (Antwortrate)	-
Klinik Gut St. Moritz			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	5	Anteil in Prozent (Antwortrate)	-

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Klinik Gut Fläsch						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4				0	-
Klinik Gut St. Moritz						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	1	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4				0	-

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

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

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

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals 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. 	
Klinik Gut Fläsch			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	15	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	-
Klinik Gut St. Moritz			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	5	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	-

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 EFQM R4E Auszeichnung

Das Projekt wird an den Standorten „Klinik Gut Fläsch“, „Klinik Gut St. Moritz “ durchgeführt.

Weg zur Excellence

Unser Ziel ist die Erreichung der EFQM Stufe R4E. Die EFQM Stufe C2E** hat die Klinik Gut im Januar 2017 bereits erreicht.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 siehe Punkt 3.1/3.2 & 4.

Das Projekt wurde an den Standorten „Klinik Gut Fläsch“, „Klinik Gut St. Moritz “ durchgeführt.

siehe Punkt 3.1/3.2 & 4.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 EFQM R4E Auszeichnung

Die Zertifizierung wird an den Standorten „Klinik Gut Fläsch“, „Klinik Gut St. Moritz “ durchgeführt.

EFQM Weg zur Excellence

18.3.2 SLH Requalifikation

Die Zertifizierung wird an den Standorten „Klinik Gut Fläsch“, „Klinik Gut St. Moritz “ durchgeführt.

Requalifikation SLH

19 Schlusswort und Ausblick

Die Verantwortung der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagements liegt bei qualifizierten Qualitätsmitarbeitenden: einer Qualitätsbeauftragten, einer Qualitätsverantwortlichen, einem Qualitätszirkel und einer Qualitätskommission (Prozesseigner). Unsere Qualitätspolitik leitet sich von unserer Strategie / unseren Werten ab und ist Grundlage unserer Qualitätsplanung.

Herzlichen Dank für Ihr Interesse am Qualitätsbericht 2017 und Ihr Vertrauen in die Klinik Gut.

Patricia Büchel
Qualitätsverantwortliche Klinik Gut AG

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

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen	Klinik Gut Fläsch	Klinik Gut St. Moritz
Basispaket		
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	√	√
Haut (Dermatologie)		
Wundpatienten	√	√
Nerven medizinisch (Neurologie)		
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)	√	√
Bewegungsapparat chirurgisch		
Chirurgie Bewegungsapparat	√	√
Orthopädie	√	√
Handchirurgie	√	√
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	√	√
Arthroskopie des Knies	√	√
Rekonstruktion obere Extremität	√	√
Rekonstruktion untere Extremität	√	√
Wirbelsäulenchirurgie	√	√
Rheumatologie		
Rheumatologie	√	√

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**).