

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

24.06.2019
Marc Elmiger, Spitaldirektor

Version 1



Impressum

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

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Frau
Christin Stephan
Leitung Qualitätsmanagement
058 335 3195
christin.stephan@pallas-kliniken.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	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 Fragebogen Zufriedenheit Patient	22
5.2.2 Feedbackflyer stationär	22
5.2.3 Happy or Not Touchterminalbefragung	22
5.3 Beschwerdemanagement	23
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	24
9 Wiedereintritte	24
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	24
10 Operationen Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
11 Infektionen	25
11.1 Eigene Messung	25
11.1.1 Infekt Auge	25
12 Stürze	26
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	26
13 Wundliegen	27
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	27
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	

	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	29
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	29
18.1.1	Einführung Sprachsoftware zur Berichterstellung	29
18.1.2	Ausbau des Krankenhausinformationssystems	29
18.1.3	Risikomanagement	30
18.1.4	Scrum Boards	30
18.1.5	Reorganisation des Auditwesens	31
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	32
18.2.1	Patientenbefragung Ophthalmologie	32
18.2.2	Patientenbefragung Pflegedienst	32
18.2.3	Upgrade-Audit ISO 9001:2015	33
18.2.4	Interne Audits	33
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	33
18.3.1	ISO 9001:2015 Aufrechterhaltung	33
19	Schlusswort und Ausblick	34
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	35
	Akutsomatik	35
	Herausgeber	36

1 Einleitung

Die Pallas Kliniken sind an mittlerweile 17 Standorten in der Deutschschweiz vertreten und zählen zu den führenden Augenkliniken der Schweiz.

Unser Erfolg lässt sich nicht nur an der Zufriedenheit unserer Patienten messen, sondern auch an unserem stetigen Wachstum. So konnten wir 2018 unseren Standort in Olten um eine Low Vision Abteilung erweitern. So gelingt es uns ein noch breiteres Angebot an Patienten zu helfen, sich in einer visuell orientierten Welt zurecht zu finden..

Unseren Patienten bieten wir ein breites Spektrum an Dienstleistungen in den Fachbereichen Augenheilkunde, Venenheilkunde, Dermatologie und Plastische Chirurgie. Zudem wird unser Leistungsangebot durch unsere rund 25 Belegärzte ergänzt, welche in diversen Fachbereichen tätig sind.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

Ganz nach unserem Leitbild „Exzellente Medizin und Menschliche Behandlung“ verbinden wir Spitzenmedizin und modernste Technologie mit individueller, menschlicher Behandlung.

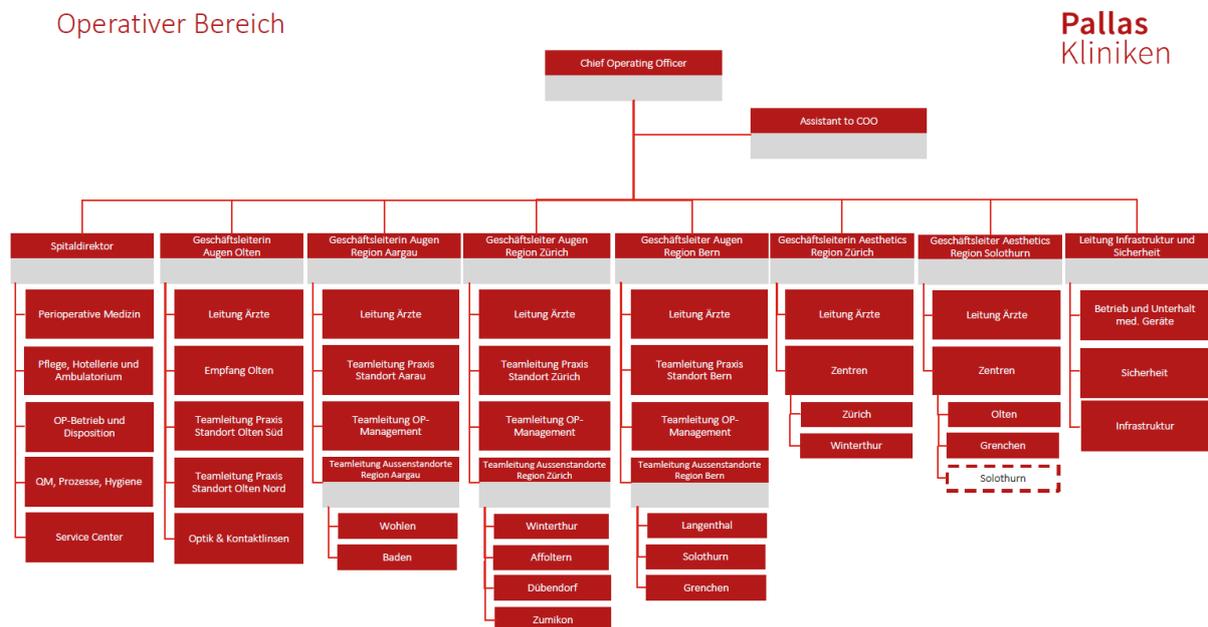
Der Mensch und seine Bedürfnisse stehen bei uns stets im Zentrum. Dies gilt nicht nur für unsere Patienten und deren Angehörige, sondern auch für unsere Mitarbeiter. Durch unseren hohen Qualitätsanspruch verpflichten wir uns selbst dazu, die Qualität unserer Dienstleistungen sehr hoch zu halten und investieren daher gezielt in die Umsetzung innovativer Ideen und Massnahmen.

So stärken wir das Vertrauen unserer Patienten und Mitarbeiter in unser Unternehmen und unsere Behandlungsqualität.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Christin, Stephan
 Leitung Qualitätsmanagement
 058 335 3195
christin_stephan@pallas-kliniken.ch

3 Qualitätsstrategie

„Exzellenz und Menschlichkeit. Das verbinden wir“

Aufbauend auf unseren drei Behandlungssäulen Ophthalmologie, Haut/Venen/Schönheit und Belegarztambulanz/Chirurgie garantieren wir unseren Patienten höchste Behandlungsqualität und maximale Patientensicherheit. Mittels kontinuierlicher Verbesserungsprozesse und dem in unserer Prozesslandschaft verankerten Qualitätskreislauf werden die Instrumente zur Qualitäts- und Prozessverbesserung sowohl standort- und bereichsübergreifend, als auch hierarchieübergreifend eingesetzt.

- An erster Stelle steht für uns die Behandlungsqualität.
- Als führendes Kompetenzzentrum in spezifischen Bereichen der Medizin erreichen wir höchste Patienten-/ Kundenzufriedenheit für Alle.
- Unsere motivierten und empathischen Mitarbeiter sind die wichtigste Grundlage des Erfolges. Hierzu fördern und befähigen wir sie aktiv mit klaren Zielsetzungen, gegenseitiger Wertschätzung und respektvollem Umgang.
- Durch unseren nachhaltigen wirtschaftlichen Erfolg schaffen wir die Voraussetzung für weiteres Wachstum und Investitionen in modernste Infrastruktur. Unser Ziel ist die Marktführerschaft in unseren Kompetenzfeldern, wodurch wir höchste Qualitätsstandards und Versorgungssicherheit gewährleisten.

Unser Versprechen - Exzellente Medizin

Wir bieten exzellente Medizin, wie man sie üblicherweise an Universitätskliniken erwarten würde. Wir verstehen uns als aktive Mitglieder der internationalen wissenschaftlichen Community und setzen modernste technische Ausstattung ein. Wir verbinden unsere enorme Erfahrung mit neuesten therapeutischen Methoden; nicht umsonst gelten wir als führend in unseren Spezialgebieten. Wir bilden aus – und uns stetig weiter. Denn Exzellenz verlangt, immer voranzugehen.

Unser Versprechen - Menschliche Behandlung

Wir beraten und behandeln unsere Patienten persönlich, individuell, fürsorglich – auf eine Weise, die sie eher von einer vertrauten Hausarztpraxis kennen als von spezialisierten Spitzenmedizinern einer renommierten Klinik. Wir gehen auch innerhalb der Pallas Kliniken Familie immer freundschaftlich und respektvoll miteinander um. Medizinische Exzellenz und menschliche Behandlung: Die Kombination macht den Unterschied – und die Pallas Kliniken einzigartig.

Unsere Haltung - Familiär

Die Pallas Kliniken werden als Familienunternehmen geführt: Das soll jeder merken, der mit uns zu tun hat – unser ganzes Team versteht sich als eine grosse Familie. Das bedeutet vor allem, dass wir enger zusammenhalten, als es in anderen Unternehmen üblich ist und besonders vertrauensvoll miteinander umgehen. Genau diese familiäre Grundeinstellung vermitteln wir als typische Pallas Atmosphäre unseren Patienten: Bei uns sind alle herzlich willkommen!

Unsere Leistung - Spezialisiert

Die Medizin deckt unüberschaubar viele Fachbereiche ab. Wir konzentrieren uns auf solche Disziplinen, in denen wir auch im internationalen Vergleich Spitzenleistungen anbieten: mit renommierten, erfahrenen Ärzten und mit engagierten, ambitionierten Teams. Mit Ausbildung, wissenschaftlichen Konferenzen, modernster Ausstattung und der Anwendung neuester Methoden. Als Spezialisten sind wir Pioniere!

Unser Stil - Transparent

Vieles in der Medizin von heute ist ziemlich kompliziert – und für Patienten und Kunden nur schwer zu durchschauen. Deshalb wollen wir alles, was wir tun, so klar und verständlich wie möglich vermitteln. Vom ersten Beratungsgespräch über Diagnose und Therapie bis zur Nachkontrolle und Rechnungsstellung: wenig Fachsprache, viel individuelle Ansprache! Und auch intern ist uns maximale Transparenz sehr wichtig – das beste Rezept gegen unproduktive Missverständnisse.

Wir stehen für

- Individuelle Patientenbetreuung
- Höchste Behandlungsqualität
- Teamgeist und offene Kommunikation
- Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit allen Stakeholdern
- Fortlaufende Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018**Upgrade-Audit ISO 9001:2015**

Im Mai 2018 wurde das Upgrade-Audit der ISO 9001:2015 durchgeführt und erfolgreich bestanden.

Zentrales Lob und Beschwerdemanagement

Um das Feedback unserer Patienten im Sinne eines gelebten KVP und QMS zu verwerten, soll die Koordination und Bearbeitung zentral über das Qualitätsmanagement laufen. Die erhobenen Daten fließen ebenfalls in unsere Patientenzufriedenheitsanalyse ein.

Patientenbefragung

Auch in diesem Berichtsjahr wurde wieder eine umfangreiche Patientenbefragung im Bereich Ophthalmologie durchgeführt um die Prozessqualität des Patientendurchlaufs zu messen.

Ferner wurde die qualitative Beurteilung und Weiterempfehlungsquote erhoben. Die Zufriedenheit unserer Patienten im stationären Bereich haben wir auch in diesem Jahr wieder mittels standardisierten Qualitäts-Fragebogen gemessen.

2018 starte ausserdem unser Pilotprojekt "digitale Patientenumfrage". Bei diesem Projekt, werden Touchpoint unterstützte Systeme zur kontinuierlichen Befragung herangezogen und ausgewertet. Das Pilotprogramm umfasst die Standorte Aarau, Bern, Olten und Zürich.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

Steigerung der Patientenzufriedenheit

In der Ophthalmologie: Die Ziele in den Bereichen Behandlungskompetenz, Arztbindung, Gesamteindruck des Zentrums und die Weiterempfehlungsquote wurden erfreulicherweise übertroffen.

Im Pflegedienst: Im Bereich der stationären Patientenversorgung konnte die Qualität im Bereich Pflege und Hotellerie abermals gesteigert werden.

ISO 9001:2015-Zertifizierung

Das 3-tägige Audit fand an den vier Standorten Olten, Aarau, Grenchen, Zürich und Dübendorf statt. Im Upgrade-Audit wurde das Qualitätsmanagementsystem der Organisation auf seine Aufrechterhaltung, Wirksamkeit und Verbesserung hin untersucht, und es wurde verifiziert, dass die Anforderungen der Norm weiterhin eingehalten werden.

Interne Audits

Im Zeitraum vom 15. September - 31. Oktober 2018 wurden durch das QM interne Audits zu den Themen Prozesse, Hygiene und Instandhaltung/Wartung der medizinischen Geräte durchgeführt. Erfreulicherweise, konnten alle Standorte in diesem Zeitraum auditiert werden. Auch bei diesen Audits wurde das Qualitätsmanagementsystem der Organisation auf seine Aufrechterhaltung, Wirksamkeit und Verbesserung hin untersucht, und es wurde verifiziert, dass die Anforderungen der Norm weiterhin eingehalten werden.

Audits Arzneimittelsicherheit

Die Audits wurden von der fachverantwortlichen Person Arzneimittel an mehreren Standorten durchgeführt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Unser Motto „Exzellenz und Menschlichkeit“ stellt für die Pallas Kliniken die tägliche Verpflichtung dar, weiterhin an sämtlichen Standorten alle notwendigen Aktivitäten zu unternehmen um Spitzenmedizin zur besten Patientenzufriedenheit in einer angenehmen und menschlichen Atmosphäre zu garantieren.

Die Qualität unserer Leistungen haben wir als strategisches Unternehmensziel verankert und wollen auch im Bereich der Transparenz Massstäbe setzen.

In den kommenden Jahren werden wir deshalb:

- Unsere Patienten noch weiter in den Vordergrund stellen
- Die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten analysieren
- Weiterhin unsere Patientenzufriedenheit und die Patientensicherheit steigern
- Unsere Anlaufstellen für Feedback weiter ausbauen
- Spitzenmedizin und Spitzentechnologie einsetzen
- Unser Krankenhausinformationssystem und das QM-System weiter ausbauen
- Unser internes Kennzahlensystem als Führungsinstrument weiter ausbauen
- Aktives Risikomanagement betreiben
- Uns weiter von externen und internen Fachleuten auditieren und zertifizieren lassen
- Unseren kantonalen Leistungsauftrag als Listenspital aufrechterhalten

Um diese Ziele zu erreichen werden wir das unternehmensweites Programm, mit den Schwerpunkten Governance, Prozesse, Qualität/Risiko, Kultur, Markt, Finanzen weiter entwickeln und vorantreiben.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

Bemerkungen

In den Pallas Kliniken werden keine Leistungen aus den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation angeboten.

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Fragebogen Zufriedenheit Patient▪ Feedbackflyer stationär▪ Happy or Not Touchterminalbefragung
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Infekt Auge

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Ausbau des Krankenhausinformations-Systems

Ziel	Vereinheitlichung Prozesse und Dokumentation
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	alle: Standort -und Fachbereichsübergreifend
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Prozess-Optimierungen
Methodik	Projektmanagement-Framework
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, MPA, Verwaltung

Ausbau des KIS im Klinikbereich

Ziel	Steigerung der Patientensicherheit bei OP Anmeldungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	IT und OP Planung
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Methodik	Projektmanagement-Framework
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, MPA, IT,

Patientenbefragung

Ziel	Transparenz
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ophthalmologie und Pflegedienst
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Steigerung Behandlungs- und Prozessqualität
Methodik	Projektmanagement-Framework
Involvierte Berufsgruppen	Med. Administration, Ärzte, Pflegedienst

Curator (QM-System)

Ziel	Pflege, Schulungen und Ausbau des QM-System
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	QM, alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Strukturierte Prozessabbildungen aller Bereiche
Methodik	QM-System Curator

Programm-Management (Governance, Prozesse, Qualität/Risiko, Kultur, Markt, Finanzen)

Ziel	Qualitäts- und Prozessverbesserungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Unternehmensweit
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016-2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Strukturierte Prozessverbesserungen
Methodik	Projektmanagement-Framework
Involvierte Berufsgruppen	Alle

Risiko-Management

Ziel	Systematisches Risiko-Management
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Unternehmensweit
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Risikominimierung
Methodik	Projektmanagement-Framework
Involvierte Berufsgruppen	Alle

Audits zur Arzneimittelsicherheit

Ziel	Konformität im Umgang mit Arzneimitteln sicherstellen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle medizinischen Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Verbesserungspotential erkennen und nutzen
Methodik	Audit
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, MPA, Pflege

Interne Audits in allen medizinischen Bereichen

Ziel	Verbesserung des Qualitätsstandards
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle operativen Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Verbesserungspotential erkennen und nutzen
Methodik	Audit
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, MPA

Weiterentwicklung des QM-Konzeptes

Ziel	Anpassung und Durchdringung der QM Ausrichtung in bezug auf bevorstehende Unternehmensumstrukturierung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Bessere Reaktion bei bevorstehenden Veränderungen der strategischen Ziele 2018
Methodik	Interdisziplinäre Sitzungen mit allen Fachbereichen
Involvierte Berufsgruppen	Alle

Upgrade-Audit ISO 9001:2015

Ziel	Weiterführung des bestehenden QMS
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	QM
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Aufrechterhaltung Zertifizierung
Methodik	Eigene Methodik
Involvierte Berufsgruppen	QM, Fachbereiche
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2011 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

Bemerkungen

Um eine offene Fehlerkultur zu schaffen, werden Mitarbeiter bei Eintritt durch das Qualitätsmanagement auf das interne Meldewesen hingewiesen. Die Meldung von kritischen Vorkommnissen werden durch die Vorgesetzten unterstützt.

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
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	
OCULA Register für Linsenimplantate	Ophthalmologie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/iefo	
SOG Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft	Ophthalmologie	SOG www.sog-ssso.ch	

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2011	Ganze Gruppe, siehe Bemerkung	2011	2018	Ambulatorium, Operations- und Bettenabteilung, Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, Refraktive Chirurgie, Dermatologie und Venerologie, Phlebologie, Plastische und Ästhetische Chirurgie

Bemerkungen

Der Wechsel auf ISO 9001:2015 wurde Anfang 2018 durchgeführt und bestanden.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
Pallas Kliniken AG		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.18	4.40 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.66	4.70 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.71	4.80 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.59	4.80 (0.00 - 0.00)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.00	4.30 (0.00 - 0.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	92.90	88.90 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		
Anzahl eingetreffener Fragebogen		Rücklauf in Prozent
		%

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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 2017 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.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Fragebogen Zufriedenheit Patient

1. Patientenbefragung im Fachbereich Ophthalmologie

Ziel: Messung der Zufriedenheit bezüglich Terminvereinbarung, Empfang, Wartezeit bis Arztkontakt, Beurteilung Arzt, Weiterempfehlungsquote

2. Patientenbefragung stationärer Patienten im Pflegedienst

Ziel: Messung der Zufriedenheit unserer Leistungen in den Bereichen Pflege, Hotellerie, Küche, Reinigung, Anästhesie, Arzt, OP, Aufwachraum und Infrastruktur, sowie hinsichtlich der Gesamtleistung

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat Oktober durchgeführt.

Ophthalmologie, Pflegedienst

Untersuchtes Kollektiv: alle stationäre Patienten, ambulante Patienten im ophthalmologischen Bereich per Fragebogen (11 651 Fragebögen)

Wie im vergangenen Jahr weisen die Messergebnisse auch im Berichtsjahr 2018, erfreuliche Resultate auf. Aufgrund der konkreten Fragen können wir Massnahmen ableiten und so unsere Leistungen stetig verbessern.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.2.2 Feedbackflyer stationär

Die versorgungsqualität unserer Stationären Patienten liegt uns am Herzen, daher freuen wir uns über jedes Feedback.

Auf station, wird dieses über standardisierte Flyer abgefragt.

Unsere Patienten können unter anderm die Betreuung, Versorgung, Kommunikation und unsere Infrastruktur bewerten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Station und Tagesklinik

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Während des Berichtjahres, 2018 wurde die Befragung implementiert. Da noch keine Vergleichswerte vorliegen, wird in diesem Jahr auf Publikation verzichtet.

5.2.3 Happy or Not Touchterminalbefragung

An unseren Operativen Standorten Olten, Aarau, Zürich und Bern haben unsere Patienten die Möglichkeit uns per Touchterminal direkt nach ihrem Besuch ein Feedback zukommen lassen.

Ziel ist die Reaktionszeit auf Feedback zu verkürzen und Verbesserungsprozesse schneller anzustossen.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 10/2018 bis 10/2019 durchgeführt.

Op Zentren/ Olten, Aarau, Zürich und Bern

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Eine Puplication der bisher erhobenen Daten ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht sinnvoll.

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Pallas Kliniken AG

Beschwerdemanagement

Frau Christin Stephan

Leitung Qualitätsmanagement

058 335 3195

christin.stephan@pallas-kliniken.ch

ganztags

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

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

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

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 Eigene Messung

11.1.1 Infekt Auge

Ziel der Messung ist es sämtliche Infekte in Zusammenhang mit ophthalmologischen Behandlungen, zu erfassen und eine Ursachenanalyse durchzuführen.

Behandelt wurden ausschliesslich Patienten die mit Infekten zugewiesen wurden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Pflegedienst

Sämtliche ophthalmologischen Patienten der Pallas Kliniken die operiert wurden.

Insgesamt wurden 12 Infekte des Auges bei einer Gesamtzahl von 13357 ophthalmologischen Eingriffen festgestellt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

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

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

Begründung

Die Resultate sind publiziert unter 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.

13 Wundliegen

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

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

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

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

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

Messergebnisse

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

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

Begründung

Die Resultate sind publiziert unter 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.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Einführung Sprachsoftware zur Berichterstellung

Ausgangssituation

Die Berichterstellung im ärztlichen Bereich nimmt viel Zeit in Anspruch und bindet wertvolle Zeit, die unsere Ärzte lieber am Patienten verbringen.

Projektziel

Ziel ist die Verkürzung der Zeit, welche für die Erstellung der Berichte benötigt wird.

Projektablauf

- nach Projektmanagement-Framework,
- Projektarbeit in Teilprojekten inkl. Steering
- Aufteilung des Projektes in Projektphasen
- Externe Prüfung des Projektes und des Projektfortschritts

Evaluation

Die Umsetzung und Nutzung wird durch den Bereich IT und Digitalisierung überwacht.

18.1.2 Ausbau des Krankenhausinformationssystem

Ausgangssituation

Weiterer Ausbau des KIS-Systems zur Optimierung der Dokumentation und Prozesse

Projektziele

- Prozessverbesserung OP-Modul
- Prozessverbesserung in der Pflegedokumentation
- Konzeption und Prototyping der ophthalmologischen Spezialdokumentation als integrierte KIS-Modul inklusive Anbindung ophthalmologischer Geräte
- Einheitliche Krankengeschichtenführung

Projektablauf

- nach Projektmanagement-Framework,
- Projektarbeit in Teilprojekten inkl. Steering
- Aufteilung des Projektes in Projektphasen
- In Teilbereichen externe Prüfung des Projektes und des Projektfortschritts

Evaluation

Die in 2018 gesetzten Projektziele wurden erreicht, das KIS wird gemäss Planung weiter ausgebaut

18.1.3 Risikomanagement

Ausgangssituation

Implementierung und Ausbau des Risikomanagement

Projektziele

Risiken frühzeitig identifizieren, analysieren und Wege zur Vermeidung schaffen.

Projekttablauf

- nach Projekt/Programmmanagement-Framework
- Handlungsfelder Qualität/Risiko
- Aufteilung des Projektes in Projektphasen
- Schaffung interdisziplinärer Risikokommision

Evaluation

Die in 2018 gesetzten Projektziele wurden erreicht. Das Risikomanagement wird in den nächsten Jahren weiter ausgebaut.

18.1.4 Scrum Boards

Ausgangssituation

Scrum Boards werden zur besseren Übersicht im Daily Business eingesetzt. Der Mitarbeiter soll so mehr in die Entscheidungen und das tun vor Ort eingebunden werden.

Projektziele

- Informationsmanagement
- Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit
- Bessere Nutzung von Know How
- Steigerung der Patientenzufriedenheit

Projekttablauf

- nach Projektmanagement-Framework,
- Aufteilung des Projektes in Projektphasen

Evaluation

Die Implementierung wurde erfolgreich durchgeführt. Die in 2018 gesetzten Projektziele wurden erreicht und werden in den nächsten Jahren weiter ausgebaut

18.1.5 Reorganisation des Auditwesens

Ausgangssituation

Bis 2018 wurden Audits durch das QM durchgeführt. So wurden durch zwei Personen 21 Audits pro Jahr in verschiedenen Bereichen abgehalten. Neu werden auch Mitarbeiter aus anderen Abteilungen zu internen Auditoren ausgebildet und unterstützen das QM mit ihrem Wissen.

Projektziele

- Steigerung der Verbesserungsvorschläge
- Bessere Nutzung von Know How
- Steigerung der Patientenzufriedenheit und Sicherheit

Projekttablauf

- nach Projektmanagement-Framework,
- Aufteilung des Projektes in Projektphasen

Evaluation

Die Implementierung wurde erfolgreich durchgeführt. Die in 2018 gesetzten Projektziele wurden erreicht und werden in den nächsten Jahren weiter ausgebaut.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Patientenbefragung Ophthalmologie

Ausgangssituation

Jährliche Erhebung in der Ophthalmologie

Projektziel

Messung der Prozess- und Behandlungsqualität hinsichtlich:

- Terminvereinbarung
- Empfang
- Wartezeit bis Arztkontakt
- Qualitative Beurteilung der ärztl. Leistung
- Weiterempfehlungsquote

Projektablauf

Versand von 11 651 Fragebögen während 3 Wochen beginnend Anfang November

Evaluation

Die Erkenntnisse der Umfrage fließen direkt in Prozessverbesserungs- und Optimierungsprojekte ein

18.2.2 Patientenbefragung Pflegedienst

Ausgangssituation

Permanente Erhebung im Pflegedienst bei Austritt von stationären Patienten durch standardisierten Fragebogen

Projektziel

Messung der Prozess- und Behandlungsqualität hinsichtlich:

- Pflege
- Hotellerie/Service
- Küche
- Reinigung
- Anästhesie
- Arzt
- OP
- Aufwachraum
- Infrastruktur

Projektablauf

Fragebogen wird dem Patienten persönlich ausgehändigt.

Evaluation

Die Erkenntnisse der Umfrage fließen direkt in Prozessverbesserungs- und Optimierungsprojekte ein.

18.2.3 Upgrade-Audit ISO 9001:2015

Ausgangssituation

Inhaltliche Umsetzung der neuen Norm-Themenfelder

Projektziel

Erfolgreiche Implementierung der neuen Norm-Themenfelder und ISO-Zertifizierung nach 9001:2015

Projektlauf

Internes Projekt

Evaluation

Die Ergebnisse wurden vor der offiziellen Rezertifizierung im Rahmen eines internen Audits bewertet. Die Zertifizierung nach 9001:2015 wurde erfolgreich bestanden.

18.2.4 Interne Audits

Ausgangssituation

Umsetzung der internen Audits gemäss Planung.

Projektziel

Überprüfung der Prozessstreuung und Einhaltung von Hygienestandards und der Medikamentensicherheit. Gewährleistung der kontinuierlichen Verbesserung, Stärkung des QM-Gedankens bei den Leistungserbringern.

Projektlauf

Durchführung der Audits, Erstellung der Auditberichte und Prüfung der Massnahmenumsetzung.

Evaluation

Massnahmenumsetzung terminiert, Endkontrolle im Rahmen der Folgeaudits.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2015 Aufrechterhaltung

Im Jahr 2018 wurde ein Upgrade Audit durch des Swiss Safety Centers, die Zertifizierung nach ISO 9001:2015 erworben.

19 Schlusswort und Ausblick

„Exzellenz und Menschlichkeit“ – ist für uns nicht nur ein Slogan oder ein Teil unseres Leitbildes. Es ist viel mehr unser Wunsch unseren Patienten, jeden Tag aufs neue von uns zu überzeugen. Wir verpflichten uns selbst zu einem hohen Qualitätsstandard um diesem Wunsch nachzukommen und stellen dabei Willen zur Veränderung und zur Verbesserung stets in den Vordergrund.

Unsere motivierten und engagierten Mitarbeiter tragen dazu bei, unsere Patienten bestmöglichst zu versorgen. Durch ihren unermüthlichen Einsatz, tragen sie zu unserem Erfolg bei. Die Weiterentwicklung unseres Personals liegt uns daher sehr am Herzen, weshalb wir diese gezielt fördern. Mit dieser Entwicklung, gelingt es uns auch als Unternehmen voranzukommen, neue Herausforderungen anzugehen und gemeinsam zu wachsen.

Auch in Zukunft wollen wir Herausforderungen gemeinsam angehen, unsere Stärken ausbauen und noch stärker als Unternehmen, aber besonders als Team zusammen wachsen. Wir freuen uns auf das kommende Berichtsjahr.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie des Knies
Gynäkologie
Gynäkologie

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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