

HIRSLANDEN



KLINIK LINDE
CLINIQUE DES TILLEULS

Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

03.06.2021
Stefanie Ruckstuhl, Direktorin

Version 1



Hirslanden Klinik Linde AG

www.hirslanden.ch/linde



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2020.

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 2020

Frau Dr.
Karin Aeberhard
Qualitätsmanagerin
032 366 42 72
karin.aeberhard@hirslanden.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform spitalinfo.ch zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

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 2020	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	13
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	14
4.5 Registerübersicht	15
4.6 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	17
Befragungen	18
5 Patientenzufriedenheit	18
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	18
5.2 Eigene Befragung	20
5.2.1 Patientenzufriedenheit stationär mit Press Ganey 2020	20
5.2.2 Patientenzufriedenheitsumfrage Radiologie 2020	21
5.3 Beschwerdemanagement	21
6 Angehörigenzufriedenheit Angehörige können Rückmeldungen jederzeit direkt den involvierten Gesundheitsfachpersonen oder via Formular der Website der Klinik Linde machen.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	22
7.1 Eigene Befragung	22
7.1.1 Your Voice 2020	22
8 Zuweiserzufriedenheit	23
8.1 Eigene Befragung	23
8.1.1 Befragung Zuweiserzufriedenheit Physiotherapie 2020	23
Behandlungsqualität	24
9 Wiedereintritte	24
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	24
10 Operationen	25
10.1 Eigene Messung	25
10.1.1 IQIP	25
11 Infektionen	26
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	26
12 Stürze	29
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	29
12.2 Eigene Messung	30
12.2.1 IQIP Sturzerfassung	30
13 Wundliegen	31
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	31

13.2	Eigene Messungen	32
13.2.1	IQIP Dekubituserfassung	32
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15	Psychische Symptombelastung Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16	Zielerreichung und Gesundheitszustand Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17	Weitere Qualitätsmessung	33
17.1	Weitere eigene Messung	33
17.1.1	IQIP: weitere Indikatoren.....	33
18	Projekte im Detail	34
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	34
18.1.1	Medikationssicherheit.....	34
18.1.2	Einführung eines KVP-Systems mit Hilfe Lean Management	34
18.1.3	Einführung Patientensicherheitstool TPSC	35
18.1.4	Intensivierung der M&M-Konferenzen.....	35
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020	36
18.2.1	Implementierung des Hirslanden Patientensicherheitskonzeptes in der Klinik Linde	36
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	36
18.3.1	ISO 9001:2015	36
18.3.2	Zertifizierung Brustzentrum	36
19	Schlusswort und Ausblick	37
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		38
Akutsomatik		38
Herausgeber		40

1 Einleitung

Die Hirslanden Klinik Linde ist die führende Klinik in der Region Biel-Seeland-Berner Jura. Rund 100 hoch qualifizierte Partnerärzte und ein engagiertes Therapeuten- und Pflorgeteam sorgen für persönliche medizinische Betreuung und den spürbaren Linde-Spirit: das Familiäre, diese besondere Gastfreundschaft.

Die Klinik Linde bietet eine erstklassige Grundversorgung und setzt darauf aufbauend gezielt Schwerpunkte, in denen besonders herausragende Leistungen erbracht werden. Das Denken ist ganzheitlich, die enge Zusammenarbeit über alle Fachgebiete hinweg gehört zum medizinischen Selbstverständnis ebenso wie die Einhaltung höchster Qualitätsstandards, die sich in zahlreichen Mitgliedschaften und Zertifizierungen verdeutlicht.

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Integrations- und Changeprojekte durchgeführt. Unter anderem konnte auch vom hohen Standard des Qualitätsmanagements auf Hirslanden Gruppenebene profitiert werden. Konzepte wurden übernommen und eingeführt, so auch zu Qualität und Patientensicherheit.

Neben der erfolgreichen Bewältigung des Tagesgeschäfts und der damit verbundenen Mitarbeiterführung war das Klinikmanagement im Berichtsjahr vor allem mit der Bewältigung der Covid-19-Pandemie beschäftigt, wodurch teilweise Integrationsarbeiten und Projekte nicht wie geplant vorangetrieben werden konnten. Parallel dazu wurden trotzdem fortwährend die Neuausrichtung der Klinikstrategie, Synergienutzung und die Anpassung oder Übernahme von unzähligen Hirslanden-Standards erfolgreich bewältigt resp. vorbereitet.

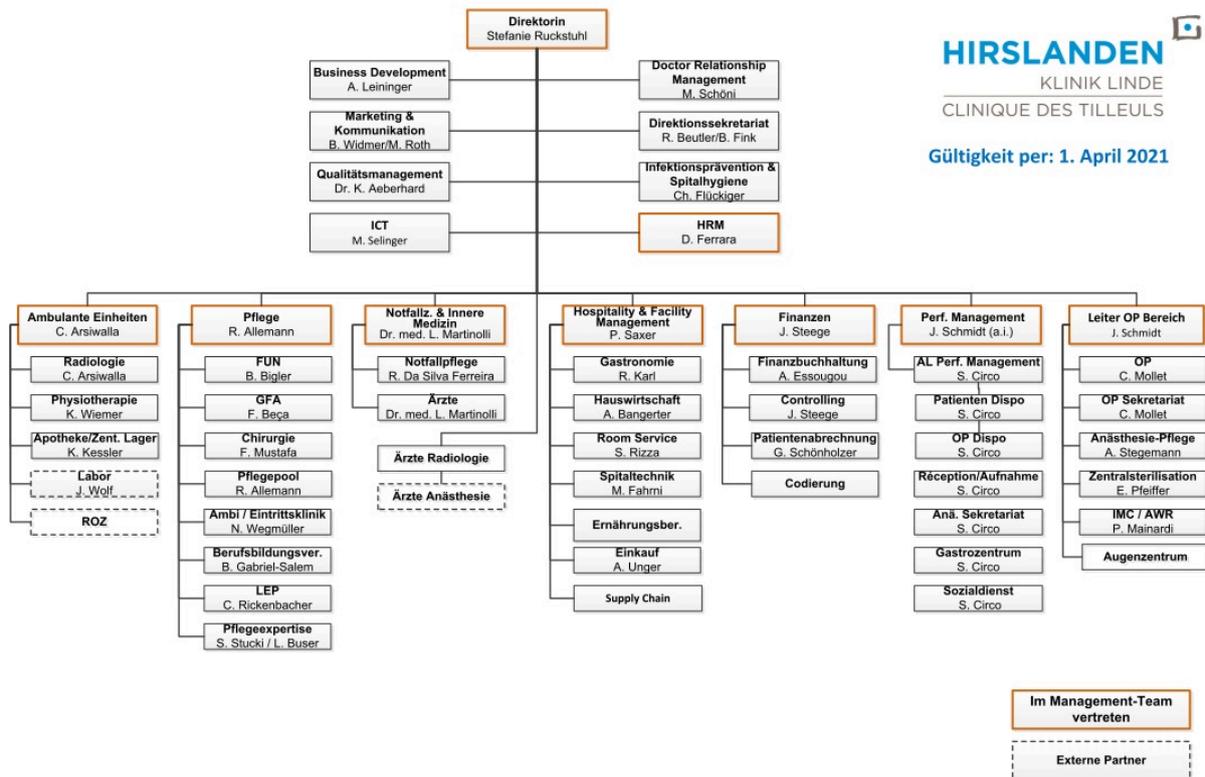
Dass der Klinikalltag trotz dieser Veränderungen erfolgreich und bei gleichbleibend hoher Qualität weiter geführt werden konnte, ist keine Selbstverständlichkeit.

Die Angaben zu den verschiedenen Qualitätsaktivitäten finden Sie auf den folgenden Seiten.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement (QM) ist Teil des Direktionsstabs. Die Leitung des Direktionsstabs hat die Direktorin, Frau Stefanie Ruckstuhl, welche auch Vorsitzende des Managementteams (= MMT, Geschäftsleitung der Hirslanden Klinik Linde) ist.

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Direktorin unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **90** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Dr. Karin Aeberhard
 Qualitätsmanagerin
 032 366 42 72
karin.aeberhard@hirslanden.ch

Frau Stefanie Ruckstuhl
 Direktorin
 032 366 43 60
stefanie.ruckstuhl@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

Wir als Hirslanden Klinik Linde verstehen Qualität als ganzheitlichen Ansatz, in welchem die Qualität strategisch verankert ist und systematisch auf allen Ebenen umgesetzt wird:

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

Qualitätsschwerpunkte 2020:

- ISO-Aufrechterhaltungsaudit bestehen
- ISO-Rezertifizierung 2021 planen, mit den Vorbereitungen beginnen
- Umsetzung des Hirslanden-Patientensicherheitskonzepts

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

- Das ISO-Aufrechterhaltungsaudit vom 24.04.2020 wurde bestanden (infolge der Covid-19-Pandemie Durchführung im Fernbewertungsverfahren)
- Anpassung des Hirslanden Patientensicherheitskonzepts für die Klinik Linde, Festlegung der Arbeitsschwerpunkte Medikationssicherheit und Verordnungsprozess
- Chancenmanagementprozess evaluieren und aktualisieren
- Einführung von sogenannten Verbesserungsboards in den Pflegeabteilungen
- Evaluation Umsetzbarkeit des neuen Hirslanden-Tools "Prozessfähigkeit", pilotmässige Durchführung für die QM-Prozesse und Anpassung der internen Vorgehensweise
- Bildung eines internen Auditorinnenteams bestehend aus vier Personen mit Festlegung der Rollen und Verantwortlichkeiten
- Festlegung der wichtigsten Qualitätskennzahlen und Erarbeitung eines Cockpits für ein regelmässiges (quartalsweise) Reporting inkl. Beurteilung der Wirksamkeit getroffener Massnahmen

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualitätsziele 2020:

- **Patientensicherheit:**
Definierte Arbeitsschwerpunkte im Patientensicherheitskonzept weiter bearbeiten
- **Patientenzufriedenheit:**
Definierte Arbeiten zur Förderung der Patientenzufriedenheit (zusammen mit Pflege und Ärzteschaft) weiterführen, wo nötig neue Schwerpunkte festlegen.
- **Dabei sind folgende Themen ebenfalls zu berücksichtigen:**
Prozess-Sicht, Interprofessionalität, Weiterbildung von Mitarbeitenden, IT-Performance
- **Weitere geplante Arbeiten:**
 - Evaluation der Morbidity & Mortality-Konferenzen und Planung Relaunch
 - Erste Vorbereitungen zur Einführung des Patientensicherheitstools TPSC (The Patient Safety Company)

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, curafutura und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenzufriedenheit stationär mit Press Ganey 2020 ▪ Patientenzufriedenheitsumfrage Radiologie 2020
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Your Voice 2020
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Befragung Zuweiserzufriedenheit Physiotherapie 2020
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Operationen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQIP
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQIP Sturzerfassung
<i>Wundliegen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQIP Dekubituserfassung
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Freiheitseinschränkende Massnahmen
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQIP: weitere Indikatoren

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Medikationssicherheit

Ziel	Patientensicherheit erhöhen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ärzterschaft, Pflege
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Seit 2018
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Verordnungs-/Medikationsfehler gehören gemäss Literatur zu den häufigsten Fehlern im Gesundheitswesen. Mögliche Fehlerquellen sollen bearbeitet und behoben werden.
Methodik	Erarbeitung einer Auslegeordnung mit allen Verbesserungspotenzialen in einer Arbeitsgruppe, Zuordnung der Themen zu grösseren Kategorien, Planung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzterschaft, Pflege, IT, Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Auslegeordnung wurde Ende 2019 abgeschlossen. Die Umsetzung der definierten Massnahmen wird regelmässig in den intern zuständigen Gremien überprüft.

Einführung eines KVP-Systems mit Hilfe Lean Management

Ziel	Die Hirslanden Klinik Linde entwickelt sich weiter in Richtung einer qualitativ hochstehenden, effizienten und sich selbst optimierenden Organisation. Abläufe sollen entschlackt, Verschwendung vermindert, die Mitarbeitenden einbezogen werden.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Vorerst Pflege und IT
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Ab 2020 laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Mitarbeitenden sollen vermehrt in den Verbesserungsprozess einbezogen werden. Verbesserungsmassnahmen sollen dabei unkompliziert festgehalten, strukturiert von den Teams bearbeitet und selbst gelöst werden.
Methodik	Arbeit mit Hilfe von sogenannten Verbesserungsboards, wo Vorschläge festgehalten sowie das besprochene weitere Vorgehen von den Teams selbst festgehalten wird.
Involvierte Berufsgruppen	Vorerst Pflege und IT
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufende Begleitung der involvierten Abteilungen durch die Qualitätsmanagerin.

Einführung Patientensicherheitstool TPSC (The Patient Safety Company)

Ziel	Einführung eines zentralen Tools, in dem alle Ereignisse und Beinahe-Ereignisse zur Patientensicherheit eingetragen und bearbeitet werden, um daraus zu lernen und weitere Ereignisse zu verhindern.
Bereich, in dem das Projekt läuft	OP-Bereich, Pflege, Ärzteschaft
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2020 - 2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Erfassung und Bearbeitung von Ereignissen und Beinahe-Ereignissen im Zusammenhang mit der Patientensicherheit erfolgt derzeit über unterschiedliche Tools.
Methodik	Das Tool wird in der gesamten Privatklinikgruppe Hirslanden eingeführt, die Einführung wird über das Qualitätsmanagement des Corporate Office koordiniert.
Involvierte Berufsgruppen	OP-Bereich, Ärzteschaft, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufend anhand des Bearbeitungsablaufs der eingegebenen Fälle.

Bemerkungen

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Konzepte, so auch die qualitäts- und patientensicherheitsrelevanten, übernommen (z. B. Hirslanden Qualitätskonzept, Patientensicherheitskonzept, CIRS-Konzept). Damit konnte vom hohen Standard des Qualitätsmanagements der Privatklinikgruppe Hirslanden profitiert werden. Wo nötig wurden für die Weiterentwicklung in der Klinik Linde Arbeitsschwerpunkte definiert und bearbeitet (vgl. Qualitätspolitik und Qualitätsziele).

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 2009 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.

Bemerkungen

Es gibt in der Klinik Linde bereits seit 2009 ein CIRS. Im 2018 wurde dasjenige Tool mit den entsprechenden Konzepten und Anleitungen neu implementiert, welches bereits in der Privatklinikgruppe Hirslanden in Gebrauch war.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2019 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und der Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/mitglieder/mitgliederliste> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

2020 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

Bemerkungen

Die Hirslanden Klinik Linde ist als Klinik der Hirslandengruppe ebenfalls Mitglied bei der Initiative Qualitätsmedizin. Bisher hat noch kein Peer Review Verfahren stattgefunden.

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 sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/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 thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2008
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	laufend
Mammaimplantatregister Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	MEM Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/	laufend
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	laufend
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch/	2015
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	2011

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR BE Krebsregister Bern	Alle	www.krebsregister.unibe.ch/
NICER Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2015	Angewendet im gesamten Betrieb	2000	2020	2018 Rezertifizierung, 2019 und 2020 Aufrechterhaltung
Qualitätslabel der Krebsliga Schweiz zusammen mit der Schweiz. Gesellschaft für Senologie (SGS)	Qualitätslabel für Brustzentren (Brustzentrum Bern-Biel)	2020	2020	Die erfolgreiche Zertifizierung erfolgte im Sept. 2020

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			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2019 (CI* = 95%)
	2016	2017	2018	
Hirslanden Klinik Linde AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.21	4.29	4.28	4.32 (4.22 - 4.42)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.56	4.60	4.50	4.50 (4.40 - 4.60)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.58	4.57	4.50	4.57 (4.47 - 4.66)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.54	4.50	4.52	4.53 (4.41 - 4.66)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.10	4.16	4.06	4.06 (3.94 - 4.18)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	93.70 %	93.90 %	91.20 %	92.00 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2019				454
Anzahl eingetretener Fragebogen	227	Rücklauf in Prozent		50 %

Wertung der Ergebnisse: 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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die ANQ-Befragung dient als "Barometer", wo die Zufriedenheitswerte im nationalen Vergleich stehen.

Allfällige Arbeiten zur Steigerung der Patientenzufriedenheit erfolgen aufgrund der Ergebnisse der laufenden internen Patientenbefragung der stationären Patienten mit dem Instrument "Press Ganey".

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im September 2019 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 Patientenzufriedenheit stationär mit Press Ganey 2020

Die Patientenzufriedenheit wird kontinuierlich über das ganze Jahr erhoben. Derzeit führen insgesamt rund 70 Fragen zu detaillierten spezifischen Auswertungen, deren Ergebnisse mit denen der Hirslanden Kliniken und rund 1'500 anderen internationalen "Health Care Providern" verglichen werden können.

Der Vergleich der Ergebnisse intern und extern ermöglicht die stetige Steigerung der Patientenzufriedenheit in den Kliniken. Der Versand des Fragebogens erfolgt elektronisch an die Patienten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Es werden alle stationären Patienten befragt (alle Abteilungen und Fachdisziplinen), von denen die Mailadresse bekannt ist.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Detaillierte Informationen finden sich unter:

<https://www.hirslanden.ch/de/corporate/qualitaet/patientenzufriedenheit.html>

<https://www.hirslanden.ch/de/klinik-linde/portrait/qualitaet/patientenzufriedenheit.html>

Dank der detaillierten Fragebögen, einem adäquaten Rücklauf und statistischen Auswertungsmöglichkeiten ist die zielgerichtete Planung und Umsetzung von effektiven Qualitätsmassnahmen möglich.

5.2.2 Patientenzufriedenheitsumfrage Radiologie 2020

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten die Radiologie der Klinik Linde und die Betreuung empfunden haben. Dies ermöglicht es der Hirslanden Klinik Linde, wenn nötig zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 01.03.2020 bis 21.03.2020 durchgeführt.

Die Befragung erfolgt jährlich während normalerweise sechs Wochen bei ambulanten Patientinnen und Patienten der Radiologie. Im 2020 erfolgte die Befragung aufgrund der Covid19-Pandemie nur während 3 Wochen.

Rücklauf:

49.8 % (205 Fragebogen)

Gesamtzufriedenheit:

98.8 % (Zielsetzung > 90 %)

Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten ist sehr hoch, der Zielwert wurde übertroffen.

Die Rückmeldungen werden jeweils im Massnahmenkatalog Kundenzufriedenheit Radiologie konsolidiert.

Aufgrund der Ergebnisse wurde folgende Massnahme geplant, welche mit der Befragung 2021 überprüft wird:

Informationen zu einem Neuaufgebot für Zusatzsequenzen oder Wiederholungen bei MRI-Untersuchungen. Die Radiologiefachleute informieren alle Patientinnen und Patienten gleich, falls ein Patient, eine Patientin zu weiteren Sequenzen im MRI aufgeboten werden muss. Hierzu wird ein Dokument mit dem Vorgabetext verfasst.

Ziel: Die Patienten fühlen sich nicht verunsichert, falls sie noch einmal einbestellt werden für zusätzliche / ergänzende Sequenzen bei einer MRI Untersuchung.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

Patientenzufriedenheit Radiologie

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden Klinik Linde AG

Beschwerdemanagement

Dr. Karin Aeberhard

Qualitätsmanagerin

032 366 42 72

karin.aeberhard@hirslanden.ch

Erreichbar: Montag - Donnerstag ganzer Tag

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Your Voice 2020

Vom 14. November bis 04. Dezember 2017 nahm die Hirslanden Klinik Linde erstmals an der Hirslanden-weiten, anonymen „Your Voice“-Mitarbeiterbefragung teil. Ziel dieser Befragung ist, sowohl die Arbeitszufriedenheit als auch die Bindung zu den einzelnen Plattformen zu stärken. Seither erfolgt die Befragung jährlich.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt. Es werden alle Mitarbeitende befragt.

Im Berichtszeitraum 2020 belief sich der Gesamtmittelwert der Zufriedenheit für die Hirslanden Klinik Linde auf 3.97. Gesamthaft hat sich damit der Wert für die emotionale Mitarbeiterbindung ("Engagement Score") mit 3.97 (von 5.0) auf einem guten Niveau gehalten.

Die Hauptstärken sind laut den Mitarbeitenden die Fragen "Ich weiss, was bei der Arbeit von mir erwartet wird" und "Mein Vorgesetzter/Meine Vorgesetzte oder eine andere Person bei der Arbeit interessiert sich für mich als Mensch". Beide Fragen waren auch bereits 2019 am besten beantwortet worden.

Wie bereits 2019 bestehen gemäss Befragungsergebnissen 2020 weiterhin Möglichkeiten für Optimierungen zu den Fragen "Die Ziele und die Unternehmensphilosophie meiner Firma geben mir das Gefühl, dass meine Arbeit wichtig ist" und "In den letzten sechs Monaten hat jemand in der Firma mit mir über meine Fortschritte gesprochen."

Die Ergebnisse werden normalerweise jeweils kaskadierend über das Managementteam kommuniziert. Anschliessend werden bereichs- und teamweise Massnahmen systematisch erfasst und umgesetzt. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird mit der jeweils nachfolgenden Befragung überprüft. Im 2020 konnten jedoch insbesondere die Teamworkshops aufgrund der Covid19-Pandemie grösstenteils nicht durchgeführt werden.

Für 2021 (Bearbeitung der Umfrageergebnisse 2020) sind sie jedoch ab April bis Mai 2021 wieder vorgesehen, um Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren und Massnahmen zu definieren. Das HRM koordiniert die Definition und Umsetzung der Massnahmen für die Abteilungsleitungen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Gallup
Methode / Instrument	Your Voice

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Befragung Zuweiserzufriedenheit Physiotherapie 2020

Die Befragung erhebt mit Hilfe von 14 Fragen die Zufriedenheit der Zuweiser mit den Dienstleistungen der Physiotherapie. Die Befragung erfolgt im 2-Jahres-Rhythmus. Im 2020 fand turnusgemäss die aktuellste Befragung statt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 10. November 2020 bis 18. Dezember 2020 durchgeführt.

Es wurden insgesamt 258 Fragebogen verschickt, retourniert wurden deren 30 (= 11 %).

Die Gesamtzufriedenheit betrug 93.8 % und übertraf damit das Ziel von 90 %.

Aufgrund der Rückmeldungen ist u.a. die Erarbeitung von Flyern für Zuweiser und Kunden zu verschiedenen Physiotherapie-Angeboten geplant. Die Wirksamkeit wird mit der nächsten Zuweiserbefragung Physiotherapie (2022) überprüft.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Zuweiserzufriedenheit Ärzte Physiotherapie

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.

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017	2018
Hirslanden Klinik Linde AG				
Verhältnis der Raten*	0.87	0.87	0.96	0.88
Anzahl auswertbare Austritte 2018:				4389

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die beobachteten Ergebnisse lagen unterhalb der erwarteten Ergebnisse. Es sind keine spezifischen Massnahmen notwendig.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

10 Operationen

10.1 Eigene Messung

10.1.1 IQIP

Es werden monatlich die potentiell vermeidbaren Operationen gemäss Definition von IQIP (International Quality Indicator Project) erhoben.

Die Zahlen werden mit dem Hirslanden-Kollektiv verglichen und mehrmals unterjährig in verschiedenen Gremien präsentiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
Die Messung betrifft alle Fachbereiche der Klinik.

Die Ergebnisse sind für die Privatklinikgruppe Hirslanden einzusehen unter:

<https://www.hirslanden.ch/de/corporate/qualitaet/patientensicherheit/iqip.html>

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	HICO Qualitätsmanagement
Methode / Instrument	International Quality Indicator Project (IQIP)

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 folgender Operationen:
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Gebärmutterentfernungen (abdominal)
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020:
(Unterbruch der Messperiode, vom 1. März bis 31. Mai 2020, infolge der Covid-19-Pandemie)

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2020 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2020 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2020 (CI*)
			2017	2018	2019	
Hirslanden Klinik Linde AG						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	14	3	3.40%	12.60%	22.10%	21.70% (0.10% - 43.20%)
Gebärmutterentfernungen (abdominal)	80	0	3.40%	0.00%	2.70%	0.00% (0.00% - 0.00%)

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2018 – 30. September 2019:

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2019 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
Hirslanden Klinik Linde AG						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	104	0	0.60%	0.90%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)

* 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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Alle Infekte werden nach der Erfassung zeitnah mit der Infektiologin besprochen. Der Operateur wird anschliessend brieflich informiert, dass der Infekt gemäss Vorgaben SwissNoso erfasst wird.

Für die Colonchirurgie Einsatz von neuen Anastomosens-Staplern seit Sept. 2019 (zirkuläre Stapler, neu 3-Reihen anstelle von 2-Reihen, für verstärkte Nahttechnik).

Kommunikation der SwissNoso-Ergebnisse: Präsentation in der Hygienekommission sowie Besprechung möglicher Massnahmen.

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.

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Sturz konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

Weitere Informationen:

www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

	2017	2018	2019	2020 ***
Hirslanden Klinik Linde AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	3	1	2	–
In Prozent	4.60%	1.70%	3.00%	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Pflegeexpertise evaluiert jeden einzelnen gemeldeten Sturz, bespricht ihn mit den Pflegenden und plant Präventionsmassnahmen. Ziel: Mit frühzeitiger, gezielter Prävention weitere Stürze zu verhindern. Dazu wurde auch im aktuellen Berichtsjahr der Materialeinsatz (genügend Klingelmatten, Alarmbalken, Babyphone, etc.) überprüft, und, wenn nötig, aufgerüstet und Neues ausprobiert. Zudem wurden bereits 2018 neue Alarmsysteme evaluiert und ausprobiert, und die vorhandenen Klingelmatten wurden mit insgesamt 2 Bucinatoren ergänzt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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. ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

12.2 Eigene Messung

12.2.1 IQIP Sturzerfassung

Alle Stürze werden laufend in einem Formular des Klinikinformationssystems erfasst und von der Pflegeexpertise zusammen mit den Pflegenden evaluiert. Ziel: Sturzprävention generell, Vermeidung von Stürzen mit Verletzungen.

Die Stürze werden auf der Grundlage des International Quality Indicator Project's (IQIP) monatlich von der ganzen Privatklinikgruppe Hirslanden erhoben.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Abteilungen Chirurgie, gemischte Fachabteilung (GFA), Frauen und Neugeborene (FUN), Notfall und IMC.

Das untersuchte Kollektiv setzt sich aus allen stationären Patienten zusammen.

Die Sturzrate der Hirslanden Klinik Linde (Durchschnitt der vergangenen 12 Monate) lag im Zeitraum November 2019 bis Oktober 2020 bei 2.35 % pro 1000 Pflage tage (ganzes 2019: 3.03 %) und ist damit gegenüber 2019 gesunken.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Pflege hat auch im 2020 die Stürze analysiert. Bereits seit 2018 umgesetzte Sturz-Präventionsmassnahmen durch die Pflege:

- Bei jedem gemeldeten Sturz wurde die Abteilung besucht und mit den Pflegenden die Sturzprävention evaluiert (Sensibilisierung).
- Bei komplexen Patientensituationen wurden solange notwendig Massnahmen täglich besprochen und angepasst.
- Im KIS wurden Sturzpräventionsmassnahmen (Interventionen) standardisiert.
- Alarmsysteme wurden evaluiert und ausprobiert. Die Klingelmatten wurden mit Bucinatoren ergänzt, welche sich bewährt haben (Evaluation wurde durchgeführt).

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	IQIP
---	------

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 Scherkräften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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.

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Dekubitus konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

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

Messergebnisse

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2020 ***	In Prozent ***
		2017	2018	2019		
Hirslanden Klinik Linde AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	3	0	0	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***	–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			–	

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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Jeder Fall wird durch die Pflegeexpertise analysiert, und Massnahmen werden getroffen. Sowohl Dekubitus (wie auch Sturz) sind wichtige Indikatoren für die Pflege.

Seit Januar 2018 werden Stürze und Dekubitus laufend erfasst und monatlich ausgewertet. Seit 2018 wird bei einem Dekubitus-Eintrag im KIS automatisch eine Meldung generiert, damit direkt auf die jeweiligen Patientendaten zugegriffen und abgeklärt werden kann, ob ausreichend Präventionsmassnahmen definiert wurden. Die Vorkommnisse können unmittelbar mit den Pflegenden besprochen werden. Um die Transparenz zu erhöhen, wurden die Messungen den Abteilungsleitungen zugänglich gemacht. Die Zahlen werden an den Teamsitzungen weitergegeben.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). 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. Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 IQIP Dekubituserfassung

Alle Dekubitus werden laufend in einem Formular des Klinikinformationssystems erfasst und von der Pflegeexpertise zusammen mit den Pflegenden evaluiert. Ziel: Dekubitusprävention generell, frühzeitige Dekubitus-Erkennung.

Die Dekubitus werden auf der Grundlage des International Quality Indicator Project's (IQIP) monatlich von der ganzen Privatklinikgruppe Hirslanden erhoben.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Abteilungen Chirurgie, gemischte Fachabteilung (GFA), Frauen und Neugeborene (FUN), Notfall und IMC.

Das untersuchte Kollektiv setzt sich aus allen stationären Patienten zusammen.

Die Dekubitusrate der Hirslanden Klinik Linde (Durchschnitt der Monate November 2019 bis Oktober 2020) liegt mit 1.11 % pro 1000 Pflgetage unter dem Wert für das ganze 2019 (1.91 %).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Pflege hat auch im 2020 die Dekubitusfälle analysiert. Bereits seit 2018 umgesetzte Dekubitus-Präventionsmassnahmen durch die Pflege:

- Schulungen zum Thema Dekubitus erfolgen gemäss den Vorgaben vom ANQ bei der nationalen Prävalenzmessung Dekubitus/Sturz. Im 2020 haben diese Schulungen, Covid-19-bedingt, nicht stattgefunden.
- Ein automatisches Meldesystem wurde eingerichtet: Wird ein Dekubitus im KIS erfasst, erhält die Pflegeexpertise seit Oktober 2018 eine Meldung per Mail.
- Jeder erhobene Dekubitus wird von der Pflegeexpertise mit den Pflegenden besprochen, und weitere Präventionsmassnahmen werden diskutiert und festgelegt.
- Seit Juli 2019 wird bei allen chirurgischen Patienten, welche nach dem Eingriff direkt vom OP oder in der IMC geholt werden, von der Pflege eine Risikoeinschätzung zur Dekubitusgefährdung vorgenommen. Falls ein Risiko besteht, wird der Hautzustand bei der Übernahme nach dem Eingriff kontrolliert. Die Risikoeinschätzung wird im KIS im Pflegebericht dokumentiert.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	IQIP
---	------

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 IQIP: weitere Indikatoren

Neben den bereits vorgängig erwähnten IQIP-Messungen erhebt die Privatklinikgruppe Hirslanden auf den Grundlagen des International Quality Indicator Project's (IQIP) weitere Indikatoren (u. a. ungeplante Wiederaufnahmen, Mortalität von stationären Patienten) und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Bewertung der Ergebnisqualität in der Medizin.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Die Messungen finden auf allen Abteilungen statt.

Das untersuchte Kollektiv setzt sich aus allen stationären Patienten zusammen.

Die Ergebnisse sind für die Privatklinikgruppe Hirslanden einzusehen unter:

<https://www.hirslanden.ch/de/corporate/qualitaet/patientensicherheit/iqip.html>

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	IQIP

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Medikationssicherheit

Verordnungs-/Medikationsfehler gehören gemäss der alltäglichen Erfahrung und auch aufgrund der Forschung zu den häufigsten Fehlern im Gesundheitswesen. Mögliche Fehlerquellen sollen in diesem Projekt bearbeitet und behoben werden.

2018-2019 wurde die Auslegeordnung in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe (mit Ärzten, Pflege, IT und Qualitätsmanagement) erarbeitet. Massnahmen wurden ab 2019 geplant und umgesetzt. Die Arbeiten werden auch 2020 fortgeführt.

18.1.2 Einführung eines KVP-Systems mit Hilfe Lean Management

Mit dem Ziel, dass sich die HKL in Richtung einer qualitativ hochstehenden, effizienten und sich selbst optimierenden Organisation weiter entwickelt, wurde im Sommer 2020 ein „Konzept Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) mit Hilfe Lean Management“ erarbeitet und verabschiedet.

In einem ersten Schritt sollen v. a. die Mitarbeitenden der Pflege vermehrt in den Verbesserungsprozess einbezogen werden. Verbesserungsmassnahmen sollen dabei unkompliziert festgehalten, strukturiert von den Teams bearbeitet und selbst gelöst werden.

Zielsetzungen: Abläufe entschlacken und damit die Wertschöpfung erhöhen (z. B. mehr Zeit am Patientenbett), Verschwendung vermindern und die Mitarbeitenden beim Verbesserungsprozess einbeziehen.

Zu diesem Zweck wurde ein sogenanntes „KVP-Board“, auf welchem Verbesserungsvorschläge festgehalten und bearbeitet werden können, entwickelt und auf den Abteilungen eingeführt.

Die ersten Erfahrungen sind v. a. in kleinen Teams, sehr positiv. Grosse Teams können sich infolge der durch die Covid-19-Pandemie bedingten Regeln kaum mehr treffen. Dies hat die Durchführung von regelmässigen, strukturierten Besprechungen aktuell erschwert. Ideen gehen jedoch auch hier weniger vergessen und können bearbeitet werden.

Die Qualitätsmanagerin begleitet die Abteilungsleitungen und wird dabei insbesondere von der Pflegeexpertise unterstützt. Es existiert zusätzlich ein KVP-IT-Board, da die IT bei vielen Fragestellungen und Verbesserungen involviert ist.

18.1.3 Einführung Patientensicherheitstool TPSC

Zwischenfälle und Beinahe-Zwischenfälle sind für alle Beteiligte – Patienten, Angehörige sowie auch für Mitarbeitende und Organisationen - eine ausserordentliche Belastung.

Sicherheit besteht dabei aus mehreren Aspekten:

- Sicherheitskultur innerhalb der Organisation
- Sicherheitsrelevantes Wissen
- Berichterstattung und Analyse von Zwischenfällen und Beinahe-Zwischenfällen
- Lernen aus Zwischenfällen
- Identifizieren, was gut funktioniert
- Erfahrungsaustausch und Verbreitung von Erkenntnissen im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses

Bisher wurden Beinahe-Zwischenfälle und Zwischenfälle mit Hilfe verschiedener Abläufe und Tools bearbeitet, je nach Thematik und Auswirkung.

Künftig ist vorgesehen, dass gruppenweit das System TPSC (The Patient Safety Software) für das Management von Zwischenfällen eingesetzt wird. Es erlaubt eine einheitliche Berichterstattung, Taxonomie und Verwaltung von Zwischenfällen in der gesamten Gruppe und unterstützt die kontinuierliche Verbesserung.

Erste Vorbereitungsarbeiten fanden bereits seit Herbst 2020 statt. Das neue Meldeportal wird ab Februar 2021 sukzessive in allen Kliniken der Privatklinikgruppe Hirslanden ausgerollt.

18.1.4 Intensivierung der M&M-Konferenzen

Die sogenannten Morbidity- and Mortality-Konferenzen (M&M-Konferenzen) sind ein wichtiges Hilfsmittel für die Verbesserung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität.

In der Hirslanden Klinik Linde finden bereits seit mehreren Jahren M&M-Konferenzen statt, um rückblickend ungewöhnliche Behandlungsverläufe aufzuarbeiten, daraus zu lernen und Wiederholungen zu verhindern. Diese Konferenzen sollen intensiviert werden, um die Abläufe weiter zu verbessern. Involvierte Berufsgruppen: Ärzte, Pflege, OP-Bereich, bei Bedarf weitere. Die Evaluation der M&M-Konferenzen findet laufend statt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

18.2.1 Implementierung des Hirslanden Patientensicherheitskonzeptes in der Klinik Linde

Das Hirslanden Patientensicherheitskonzept wurde im September 2014 durch den Lenkungsausschuss Clinical Services des Corporate Office zur Umsetzung freigegeben und seither von Zeit zu Zeit überprüft und angepasst. Aktuell ist die Version 3 von 2018 gültig.

Das Patientensicherheitskonzept umfasst insgesamt knapp 30 Bestandteile wie Medikationssicherheit, CIRS, Umgang mit Komplikationen, London Protokoll, M&M Konferenzen, etc. Der Umsetzungsstand zum Konzept wurde bereits im Sommer 2018 durch die Qualitätsmanagerin evaluiert und mit Hilfe von definierten Kriterien in Form eines zusammenfassenden Management-Summary's zu Beginn der Evaluation übersichtlich dargestellt.

Bereits ab 2018 wurden durch das Managementteam Arbeitsschwerpunkte festgelegt, welche seither auch in den Qualitätszielen festgehalten wurden (vgl. oben). Anfang 2020 erfolgte eine Vernehmlassung des Konzeptes beim QM des Corporate Office. Die Feedbacks wurden aufgenommen und das Konzept per 1.7.2020 vom Managementteam verabschiedet und im Qualitätshandbuch aufgeschaltet.

Das Konzept wird jährlich durch die Qualitätsmanagerin geprüft und bei Bedarf in Zusammenarbeit mit dem Managementteam aktualisiert.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2015

Die ISO-Zertifizierung wird gegenwärtig nach dem Standard ISO 9001:2015 durchgeführt. Das letzte Aufrechterhaltungsaudit fand am 24.04.2020 im Fernbewertungsverfahren statt.

Das nächste Rezertifizierungsaudit wird vom 3.5. bis 5.5.2021 stattfinden.

18.3.2 Zertifizierung Brustzentrum

Die Zertifizierung des Brustzentrums Bern-Biel durch die Schweizerische Krebsliga erfolgte im September 2020.

Die normative Grundlage des Qualitätslabels für Brustzentren bildet der Kriterienkatalog, der durch die interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SGS) erarbeitet worden ist. Der Kriterienkatalog wurde in Anlehnung an die Kriterien der European Society of Breast Cancer Specialists (die sog. «EUSOMA-Kriterien») erstellt.

Seit der Eröffnung des Brustzentrums im 2018 erfolgte der fortlaufende Aufbau von Strukturen gemäss Vorgaben der „Krebsliga Schweiz“ für zertifizierte Brustzentren. Die an beiden Standorten (Bern / Biel) bereits vorhandenen Tumorboards wurden analysiert, angepasst und werden nun als prä- und postoperative Boards gemeinsam via Videokonferenzen geführt.

Als weitere Vorbereitungsarbeiten erfolgten ab 2019 unter anderem ein internes Audit nach den Vorgaben der Krebsliga Schweiz (Oktober 2019), die Definition von Kernteammitgliedern an beiden Standorten sowie die Erarbeitung eines gemeinsamen Behandlungsleitfadens.

Die erfolgreiche Zertifizierung durch die Krebsliga erfolgte am 2. und 3. September 2020.

19 Schlusswort und Ausblick

Die bestehenden Hirsländen-Konzepte, Richtlinien und Messungen werden weiter vorangetrieben, um so eine noch stärkere Angleichung an die Standards der Privatklinikgruppe Hirsländen zu gewährleisten. Qualitätsziele wurden auch für 2021 definiert. Zudem wurden Ende 2020 die Vorbereitungsarbeiten für die ISO-Rezertifizierung 2021 aufgenommen sowie das Brustzentrum Bern-Biel zertifiziert.

Auch künftig wird das generelle Ziel sein, die Transformation der Hirsländen Klinik Linde im Spannungsfeld von starken Veränderungen des Umfeldes und Kostendruck bei gleichbleibend hoher Qualität und Patientensicherheit fortzuführen. Dies unter der zusätzlichen Belastung durch die Covid19-Pandemie, welche nach wie vor ein wichtiger Einflussfaktor bleiben wird.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Bariatrische Chirurgie
Blut (Hämatologie)
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie

Polysomnographie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Erstprothese Hüfte
Erstprothese Knie
Wechseloperationen Hüft- und Knieprothesen
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/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 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/ueber-uns/fachkommissionen/



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**): www.samw.ch.