

# Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

30.05.2018  
Marc Elmiger, Klinikleiter

Version 3



## Impressum

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

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2017

Herr  
Bernd Falk  
Leiter Qualität & Prozesse

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
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
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>19</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>20</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	20
5.2 Eigene Befragung .....	21
5.2.1 Fragebogen Zufriedenheit Patient .....	21
5.3 Beschwerdemanagement .....	21
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
7.1 Eigene Befragung .....	23
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit .....	23
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>24</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>24</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	24
<b>10 Operationen</b> .....	<b>25</b>
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	25
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>26</b>
11.1 Eigene Messung .....	26
11.1.1 Infekt Auge .....	26
<b>12 Stürze</b> .....	<b>27</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	27
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>28</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	28
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

17

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>30</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	30
18.1.1	Einführung Business Continuity Management .....	30
18.1.2	Ausbau des Krankenhausinformationssystems .....	30
18.1.3	Unternehmensweites Programm.....	31
18.1.4	Risikomanagement .....	31
18.1.5	Kaizen in der Pflege .....	32
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017 .....	33
18.2.1	Patientenbefragung Ophthalmologie.....	33
18.2.2	Patientenbefragung Pflegedienst.....	33
18.2.3	Vorbereitung Upgrade-Audit ISO 9001:2015 .....	34
18.2.4	Interne Audits .....	34
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	34
18.3.1	ISO 9001:2008 Aufrechterhaltung.....	34
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>35</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>36</b>
Akutsomatik .....		36
<b>Anhang 2</b>		
<b>Herausgeber</b> .....		<b>37</b>

## 1 Einleitung

Die Pallas Kliniken sind an mittlerweile 14 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 2017 unseren Standort in Winterthur erweitern. Zusätzlich zum vorhandenen Angebot im Bereich Ophthalmologie bieten wir dort nun auch eine dermatologische Betreuung an.

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 30 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.

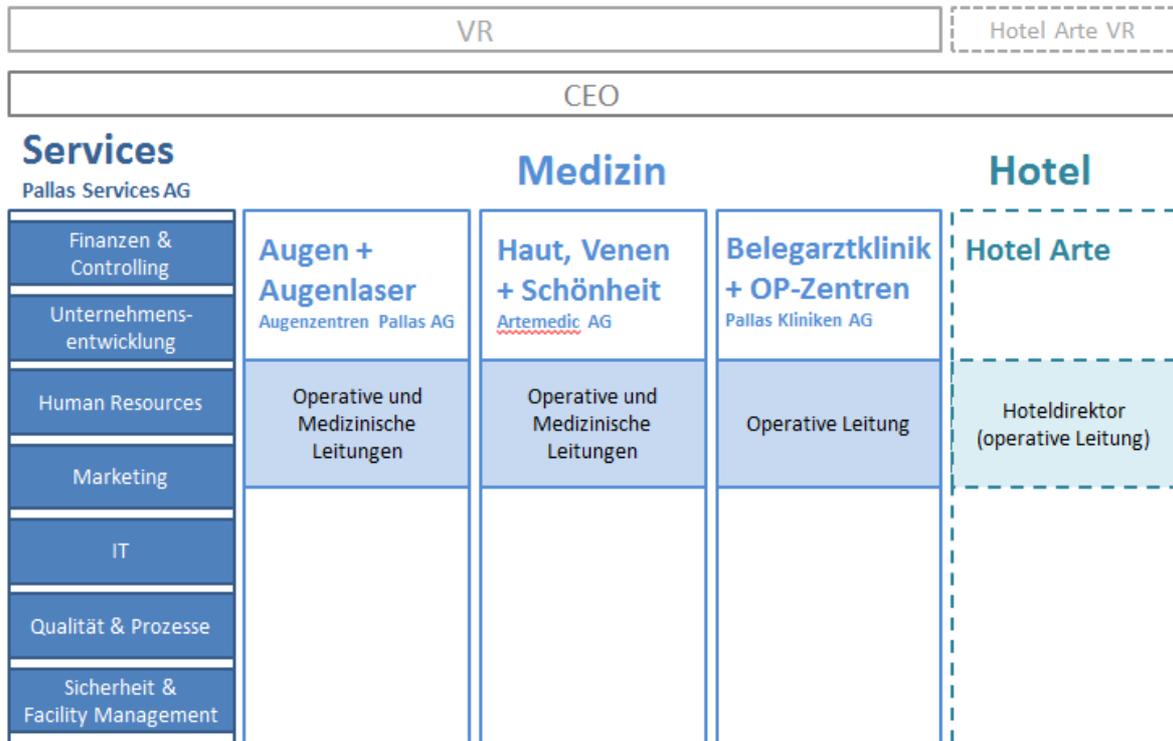
Der Mensch und seine Bedürfnisse stehen bei uns stets im Zentrum. Dies gilt nicht nur für unsere Patienten und deren Angehörige, sondern auch für unsere Mitarbeiter. Durch unseren hohen Qualitätsanspruch verpflichten wir uns selbst dazu, die Qualität unserer Dienstleistungen sehr hoch zu halten und investieren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

Herr Bernd Falk  
 Leiter Qualität und Prozesse  
 Pallas Kliniken AG  
 058 335 33 24  
[bernd.falk@pallas-kliniken.ch](mailto:bernd.falk@pallas-kliniken.ch)

Frau Christin Stephan  
 Assistentin op. Leitung /QMB Augen und Augenlaser  
 Pallas Kliniken AG  
 058 335 31 95  
[christin.stephan@pallas-kliniken.ch](mailto: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

**3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017****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 standardisiertem Qualitäts-Fragebogen gemessen.

**Vorbereitungen Upgrade-Audit ISO 9001:2015**

Zur Vorbereitung des in März 2018 stattfindenden Audits wurden die neuen Themenfelder der Norm wie z. B. Wissensmanagement, Stakeholder-Management und Risikomanagement inhaltlich durch das QM überarbeitet.

**Krankenhausinformationssystem**

Das bestehende Krankenhausinformationssystem (KIS) wurde um weitere Funktionalitäten und Module im Bereich Pflege, Operationsmanagement und PDMS ergänzt. Die KIS-Integration der ophthalmologischen Spezialdokumentation inklusive Schnittstellenanbindung der Medizingeräte wurde in Facharbeitsgruppen konzipiert. An einem Standort der Pallas-Gruppe konnten die produktive Nutzung des Systems bereits erfolgreich evaluiert werden.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

### 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 9001:2008-Zertifizierung

Das 2-tägige Audit fand an den vier Standorten Olten, Solothurn, Wohlen und Zumikon statt. Im Überwachungsaudit 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 01. September - 31. Oktober 2017 wurden durch das QM interne Audits zu den Themen Prozesse, Hygiene und Medikamentenlagerung 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](http://www.anq.ch).

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

#### 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>
▪ Fragebogen Zufriedenheit Patient
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterzufriedenheit
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
▪ Infekt Auge

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Ausbau des Krankenhausinformations-Systems

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

##### KIS: Konzeption und Prototyping ophthalmologische Speziallösung

<b>Ziel</b>	Ablösung bestehende Lösung, Integration einer neuen ophthalmologischen Software in unser KIS-System
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	IT und Facharbeitsgruppe Ophthalmologie
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2016 - 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
<b>Begründung</b>	Nutzung neuer Features, Vereinheitlichung der Softwareprodukte
<b>Methodik</b>	Projektmanagement-Framework
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, MPA, IT, QM

##### Patientenbefragung

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

## Curator (QM-System)

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

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

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

## Risiko-Management

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

## Audits zur Arzneimittelsicherheit

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

## Interne Audits in den operativen Bereichen

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

## Weiterentwicklung des QM-Konzeptes

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

## Vorbereitung Upgrade-Audit ISO 9001:2015

<b>Ziel</b>	Vorbereitung der neuen Norm-Themenfelder
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	QM
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Aufrechterhaltung Zertifizierung
<b>Methodik</b>	Eigene Methodik
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	QM, Fachbereiche
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Durch 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 ein CIRS im Jahr 2011 eingeführt.

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

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

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

## 4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/saqm/\\_service/forum\\_medizinische\\_register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>AQC</b> 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 <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	
<b>OCULA</b> Register für Linsenimplantate	Ophthalmologie	Institute for evaluative research in medicine <a href="http://www.memcenter.unibe.ch/iefo">www.memcenter.unibe.ch/iefo</a>	
<b>SOG</b> Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft	Ophthalmologie	SOG <a href="http://www.sog-ssso.ch">www.sog-ssso.ch</a>	

## 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 9001:2008	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 aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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

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

#### Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
<b>Pallas Kliniken AG</b>	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.18 (3.99 - 4.38)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.66 (4.45 - 4.86)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.71 (4.53 - 4.90)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.59 (4.33 - 4.86)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.00 (3.75 - 4.24)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	92.90 %

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

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

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

Angaben zur Messung			
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>	
<b>Pallas Kliniken AG</b>			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	108		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	57	Rücklauf in Prozent	53 %

## 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 Jahr 2017 durchgeführt.

Ophthalmologie, Pflegedienst

Untersuchtes Kollektiv: alle stationäre Patienten, ambulante Patienten im ophthalmologischen Bereich per Fragebogen (9786 Fragebögen)

Wie im vergangenen Jahr weisen die Messergebnisse auch im Berichtsjahr 2017, erfreuliche Resultate auf. Aufgrund der konkreten Fragen können wir Massnahmen ableiten und so unsere Leistungen stetig verbessern.

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Aus den Antworten zu unseren konkreten Fragen konnten wir entsprechende Massnahmen ableiten um die Patientenzufriedenheit auch im nächsten Jahr weiter zu steigern.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Pallas Kliniken AG**

Operative Leitung Belegarztambulanz und OP Zentren

Herr Marc Elmiger

[marc.elmiger@pallas-kliniken.ch](mailto:marc.elmiger@pallas-kliniken.ch)



## 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 Mitarbeiterzufriedenheit

Umfangreiche Messung der Mitarbeiterzufriedenheit in den Bereichen

- Leitbild und Strategie
- Marktorientierung
- Zusammenarbeitskultur und Identifikation
- Prozesse und Leistungsstandards
- Qualität der Dienstleistung
- Personalpolitik
- Klima
- Qualitätssicherung
- Führungsverhalten
- Differenzierung gegenüber Konkurrenz

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.

Alle Abteilungen und Bereiche

Es wurden alle Mitarbeiter befragt. Die Teilnahme an der Befragung wurde anonym durchgeführt und war für alle Mitarbeiter freiwillig.

Die Messung wurde im Rahmen des Programm-Management durchgeführt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 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](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://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](http://www.anq.ch).

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

#### Begründung

Es liegen keine Zahlen aus 2016 vor.

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

## 10 Operationen

### 10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

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

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

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

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://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](http://www.anq.ch).

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

#### Begründung

Die Resultate sind publiziert unter [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

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 sämtlicher 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 2017 durchgeführt.

Pflegedienst

Sämtliche ophthalmologischen Patienten der Pallas Kliniken die operiert wurden.

Insgesamt wurden 17 Infekte des Auges bei einer Gesamtzahl von 14216 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](http://www.anq.ch), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) und [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://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](http://www.anq.ch).

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

#### Begründung

Die Resultate sind publiziert unter [www.anq.ch](http://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 seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	2017	In Prozent
<b>Pallas Kliniken AG</b>		

\*\* 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](http://www.anq.ch).

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

#### Begründung

Die Resultate sind publiziert unter [www.anq.ch](http://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"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ 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).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Einführung Business Continuity Management

##### **Ausgangssituation**

Vorgabe zum aktiven Betreiben von Business Continuity Management im Rahmen des Risikomanagements

##### **Projektziel**

Ziel ist somit die Sicherstellung des Fortbestands des Unternehmens im Sinne ökonomischer Nachhaltigkeit vor dem Hintergrund von Risiken mit hohem Schadensausmaß

##### **Projekttablauf**

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

##### **Evaluation**

Das Business Continuity Management ist etabliert und wird weiter ausgebaut

#### 18.1.2 Ausbau des Krankenhausinformationssystems

##### **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

##### **Projekttablauf**

- 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 2017 gesetzten Projektziele wurden erreicht, das KIS wird gemäss Planung weiter ausgebaut

### 18.1.3 Unternehmensweites Programm

**Ausgangssituation**

Programm als Zusammenfassung mehrerer unternehmensweiter Projekte

**Projektziele**

Unterstützendes Programm zur Erreichung der strategischen Unternehmensziele

**Projekttablauf**

- nach Projekt/Programmmanagement-Framework
- Handlungsfelder Governance, Prozesse, Qualität/Risiko, Kultur, Markt, Finanzen
- Pro Handlungsfeld mehrere Projekte
- Etablierter Steuerungsausschuss zur Projektleitung
- Aufteilung des Projektes in Projektphasen
- externe Prüfung des Projektes und des Projektfortschritts

**Evaluation**

ongoing

### 18.1.4 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 2017 gesetzten Projektziele wurden erreicht. Dem Risikomanagement wird in den nächsten Jahren weiter ausgebaut.

### 18.1.5 Kaizen in der Pflege

#### **Ausgangssituation**

Einführung Kaizen in der Pflege

#### **Projektziele**

- Prozessoptimierung
- 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 2017 gesetzten Projektziele wurden erreicht und werden in den nächsten Jahren weiter ausgebaut

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

### 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 9786 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 Vorbereitung 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

### 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 9001:2008 Aufrechterhaltung

Im Jahr 2017 wurde die Zertifizierung nach ISO 9001:2008 durch Audits aufrechterhalten.

## 19 Schlusswort und Ausblick

„Exzellenz und Menschlichkeit“ – so lautet unser Leitbild, dem wir uns verpflichtet haben.

Unsere Kunden, stehen für uns stets im Mittelpunkt. Sie machen uns aus und geben unsere Ziele vor. Mit Freude, Engagement und unermütllichem Einsatz tragen unsere Mitarbeiter dazu bei, unsere Patienten bestmöglichst zu versorgen.

Die Weiterentwicklung unseres Personals liegt uns 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
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Ophthalmologie
Strabologie
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
<b>Gefäße</b>
Interventionen periphere Gefäße (arteriell)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie des Knies
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Mamma

## Herausgeber



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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



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

## Weitere Gremien



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

Siehe auch: [www.anq.ch](http://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](http://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**).