



MERIAN ISELIN

*Klinik für Orthopädie
und Chirurgie*



Akutsomatik

Member of
**THE SWISS
LEADING
HOSPITALS**
Best in class.

Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Impressum

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_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Kantone / Gremien



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/h_verband/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

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**.

Bezeichnungen

Um die **Lesbarkeit des Qualitätsberichts** zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012	2
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	3
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
C1	Angebotsübersicht	4
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	6
D	Zufriedenheitsmessungen	7
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	7
D2	Angehörigenzufriedenheit	8
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	9
D4	Zuweiserzufriedenheit	10
E	ANQ-Indikatoren	11
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik.....	11
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	12
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	13
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	14
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	16
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ	18
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012.....	19
F1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	19
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	20
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	20
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	21
F5	Dauerkatheter	21
F6	Weiteres Messthema	22
G	Registerübersicht	23
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	27
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	27
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	27
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	29
I	Schlusswort und Ausblick	30

Die Merian Iselin Klinik ist das führende Gesundheitszentrum für Orthopädie und Chirurgie in der Nordwestschweiz. Als moderne Belegarztklinik mit ca. 100 akkreditierten Fachärzten bieten wir jedem Patienten die freie Arztwahl und somit eine bestmögliche individuelle Behandlung.

Zusammen mit einem hochqualifizierten Team, einer konsequenten Spezialisierung auf den Fachbereich Orthopädie und dank permanenter technischer und infrastruktureller Weiterentwicklung kann sich das Merian Iselin heute zu einer der modernsten Kliniken der Schweiz zählen. Zusammen mit unseren Belegärztinnen und Belegärzten wird täglich intensiv daran gearbeitet, Ihnen als Patientin oder Patient, nach modernsten Erkenntnissen durchgeführte Eingriffe sowie die postoperative Pflege zu garantieren.

Infrastrukturell ist die Merian Iselin Klinik mit 8 auf dem neusten Stand der Technik ausgestatteten Operationssälen in der Lage, jährlich über 7500 operative Eingriffe vorzunehmen. Perfekt eingespielte Abläufe verbunden mit der Fachspezialisierung bedeuten Sicherheit und damit Nachhaltigkeit für Ihre Gesundheit. Rund um die Uhr ist ein ärztliches Sicherheitsnetz verfügbar: Dieses garantiert, dass Sie als Patientin oder Patient die medizinisch-pflegerische Betreuung erhalten, welche individuell notwendig, kompetent, einfühlsam und für Sie optimal ist.

Im Bereich von Diagnostik und Therapie präsentiert sich die Merian Iselin Klinik ebenfalls hochprofessionell. Neben einer Radiologie mit modernster bildgebender Ausrüstung (2 MRI, davon ein 3-Tesla-System, hochauflösender CT, Angio und weitere digitale Röntgenverfahren) und einem effizienten, gut dotierten Labor werden im Bereich Physiotherapie Sie als Patientin oder Patient entweder stationär oder ambulant betreut und behandelt.

Modernes Design, neuste Technik und eine hervorragende Hotellerie garantieren auch ausserhalb der medizinischen Welt höchsten Komfort und Wohlbefinden für Sie. Mehr als 450 Mitarbeitende sind für den reibungslosen Ablauf während Ihres Klinikaufenthaltes besorgt.

Als Mitglied der Vereinigung The Swiss Leading Hospitals verpflichten wir uns mit unseren Partnern, Qualitätsstandards konstant zu optimieren und zu überprüfen. Die kontinuierliche Weiterbildung unserer Mitarbeitenden ist unverzichtbar um die hochgesteckten Ziele zu erreichen.

Die Merian Iselin Klinik ist deshalb Ihr idealer Partner zur Lösung medizinischer Probleme aus den Bereichen Orthopädie und Chirurgie. Informieren Sie sich unverbindlich über unsere Möglichkeiten und machen Sie sich ein Bild von der Leistungsfähigkeit der Merian Iselin Klinik. **www.merianiselin.ch**

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

In der Merian Iselin Klinik steht der Mensch immer im Mittelpunkt. Ob Patient, Angehöriger, Besucher, Mitarbeiter, Belegarzt, Kostenträger, Lieferant, Kooperationspartner oder im Allgemeinen die Öffentlichkeit. Einer unserer obersten Unternehmensgrundsätze ist die Kundenzufriedenheit.

Der Kunde setzt den Massstab für die Qualität. Das Urteil des Kunden über unsere Qualität ist somit ausschlaggebend.

Durch einen kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozess soll über das Engagement aller Mitarbeitenden auf allen Ebenen und unter Einbezug unserer Belegärzte die Qualität unserer Dienstleistungen permanent gesteigert werden, dies im Einklang mit der Strategie 2013 bis 2017 der Merian Iselin Stiftung.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen müssen sich Privatkliniken im Markt klar profilieren und positionieren. Qualität, Fachkompetenz und Sicherheit spielen dabei eine zentrale Rolle. Unsere Qualitätsarbeit beruht auf dem EFQM-Modell für Excellence. Nach diesem Prinzip arbeiten wir täglich.

Unsere Belegärzte stehen für eine freie Arzt- und Klinikwahl. Sie betreuen ihre Patienten hochkompetent und persönlich. Sie sind permanent verfügbar und engagieren sich in unserer Klinik für allgemein und für privat Versicherte. Belegärzte achten besonders auf den Schutz der Privatsphäre und messen den Wünschen der Patienten hinsichtlich des Ablaufes der Behandlung grösste Bedeutung zu.

Zum Wohlergehen der Patienten während des Aufenthaltes in unserer Klinik, trägt der hohe Pflegestandard, die sorgfältige Aus- und Weiterbildung und die kontinuierliche interne Schulung unserer Mitarbeitenden bei.

Unsere Klinik nimmt auch regelmässig an Messungen der Ergebnisqualität unserer Behandlungen teil und wir vergleichen die Ergebnisse mit anderen Spitälern, um von den Besten zu lernen.

Ausserdem führen wir periodisch Befragungen hinsichtlich Zufriedenheit bei unseren Patienten, unseren Mitarbeitenden sowie unseren Belegärzten durch. Ergebnisse ermöglichen einen Benchmark mit anderen Institutionen und sie geben uns Aufschluss über Verbesserungspotenziale welche wir gezielt angehen und umsetzen.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

- Einführung und Umsetzung von SwissDRG
- Durchführung eines externen Pre-Assessment nach ISO-9001-2008
- Durchführung eines Self-Assessment nach EFQM

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

- Erfolgreiche Einführung von SwissDRG auf medizinischer, pflegerischer, organisatorischer, baulicher und administrativer Ebene.
- Beteiligung an sämtlichen ANQ Qualitätsindikatoren (inkl. SIRIS als Pilotklinik)
- Standortbestimmung anhand eines externen Pre-Assessments bezüglich ISO-Zertifizierung

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualität wird auch in Zukunft ein zentral wichtiger Faktor für die Merian Iselin Klinik sein. Daraus ergeben sich permanent Herausforderungen wie zum Beispiel die Abläufe und Strukturen im Rahmen des Prozessmanagements anzupassen. Oberstes Ziel ist es auch hier, die messbare und erlebbare Qualität in unserer Spezialklinik weiter zu dokumentieren und damit zu optimieren.

Qualität muss messbar sein. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sowie auch die kantonale Gesundheitsdirektion stellen hierfür Messinstrumente zur Verfügung, welche einheitliche Bewertungskriterien enthalten und somit ein schweizerisches und kantonales Benchmark ermöglichen. Gleichzeitig bieten diese Qualitätsindikatoren für uns auch jeweils die Möglichkeit, uns weiter zu entwickeln.

Ein weiteres strategisches Qualitätselement unserer Klinik ist die für das Jahr 2014 angestrebte Zertifizierung nach dem Standard ISO 9001-2008.

Prozessdokumentationen werden zusätzliche Bedeutung erlangen. Prozessanalysen und Prozessoptimierungen werden die Wirtschaftlichkeit sowie die Konkurrenzfähigkeit sichern.

Zusätzlich sollen die Bestrebungen zur Nutzung des CIRS intensiviert werden. Regelmässige Qualitäts-Newsletter sowie punktuelle und zielgerichtete Qualitäts-Weiterbildungen runden das Gesamtbild ab.

Qualitätsziele der kommenden Jahre sind unter anderem:

- 4. Requalifikation „The Swiss Leading Hospitals“ 2013
- Umsetzung Projekt „Joint Progress“
- ISO-Zertifizierung der gesamten Klinik 2014/2015

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☐	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Andere Organisationsform:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	220	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Stephan Fricker	061-305 12 10	stephan.fricker@merianiselin.ch	CEO
Mario Grava	061-305 13 92	mario.grava@merianiselin.ch	Leiter Qualitätsmanagement
Monika Wenger	061-305 12 64	monika.wenger@merianiselin.ch	Pflegefachfrau Qualität
Beate Dominiak	061-305 14 08	beate.dominiak@merianiselin.ch	Beraterin für Infektprävention
Dr. Manfred Füeg	061- 305 16 62	manfred.fueg@merianiselin.ch	Leiter Hygieneausschuss MI

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe	
☐	Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie	Merian Iselin Klinik, Basel	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Merian Iselin Klinik, Basel	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	Merian Iselin Klinik, Basel	
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Merian Iselin Klinik, Basel	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		
Handchirurgie	Merian Iselin Klinik, Basel	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und am Gefässen im Brustkorb und-raum)		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	Merian Iselin Klinik, Basel	
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Merian Iselin Klinik, Basel	
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Merian Iselin Klinik, Basel	
☐ Geriatrie (Altersheilkunde)		

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☐ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph-systems)		
☐ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Merian Iselin Klinik, Basel	
☐ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)		
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Merian Iselin Klinik, Basel	
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Merian Iselin Klinik, Basel	
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Merian Iselin Klinik, Basel	
☐ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)		
Intensivmedizin	IMC	St. Claraspital Basel, Universitätsspital Basel
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Merian Iselin Klinik, Basel	
Kinderchirurgie	Merian Iselin Klinik, Basel	Universitäts-Kinderspital beider Basel
Langzeitpflege		
Neurochirurgie	Merian Iselin Klinik, Basel	
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	Merian Iselin Klinik, Basel	
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Merian Iselin Klinik, Basel	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Merian Iselin Klinik, Basel	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Merian Iselin Klinik, Basel	
Pädiatrie (Kinderheilkunde)		
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)		
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Merian Iselin Klinik, Basel	
Psychiatrie und Psychotherapie		
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	Merian Iselin Klinik, Basel	
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Merian Iselin Klinik, Basel	St. Claraspital Basel

Bemerkung: Massgeblich für die Angebotspalette des Merian Iselin ist der entsprechende Leistungsauftrag des Kantons Basel-Stadt.

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung		
Ergotherapie		
Ernährungsberatung	Merian Iselin Klinik, Basel	
Logopädie		
Neuropsychologie		
Physiotherapie	Merian Iselin Klinik, Basel	
Psychologie		
Psychotherapie		

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	27'174	26'854	
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener	-	-	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	6'562	5'834	
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	-	-	
Geleistete Pflege(tage)	35'389	34'956	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	111	111	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	4.39	5.99	
Durchschnittliche Bettenbelegung	87.2%	86.3%	

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
	☒	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb	90.3	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen.	
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Ärzte	92.9	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“	
Pflege	89.3	7 Fragen zum Messthema „Pflege“	
Organisation	88.2	7 Fragen zum Messthema „Organisation“	
Essen	89.4	3 Fragen zum Messthema „Essen“	
Wohnen	90.3	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“	
Öffentliche Infrastruktur	87.8	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“	
Kommentar: Das Spital misst die Patientenzufriedenheit permanent (mittels Zufallsstichprobe aus allen ausgetretenen Patienten = 1'200 Patienten pro Jahr).			
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒ Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument			
☐ Picker	Name des Instruments		Name des Messinstituts	
☐ PEQ				
☐ MüPF(-27)				
☐ POC(-18)				
☐ PZ Benchmark				
☐ Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments				

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
	Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		649 Fragebogen		
Rücklauf in Prozent		54.6 %	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben– zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☐ Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.	
☒ Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .	
Bezeichnung der Stelle	Qualitätsmanagement
Name der Ansprechperson	Mario Grava
Funktion	Leiter Qualitätsmanagement
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	mario.grava@merianiselin.ch
Bemerkungen	Seit Mai 2012 existiert die unabhängige „Ombudsstelle Spitäler“ des Vereins nordwestschweizer Spitäler (VNS)

D2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒ Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .			
Begründung	Wir haben nur ganz vereinzelt Kinder und/oder Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.		
☐ Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.			
☐ Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.			
☐ Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☒	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	67.1	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit). Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
Resultat pro Berufsgruppe	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	71.9	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	64.2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Therapeuten	68.3	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Hauswirtschaftspersonal	71.6	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	71.2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Kommentar: -		
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☒	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstitutes
			MECON measure & consult GmbH
☐	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	alle Mitarbeitenden wurden befragt		
	Ausschlusskriterien	-		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		244 Fragebogen		
Rücklauf in Prozenten		59.8%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .			
	Begründung			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
	☐ Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.			
	☒ Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	85.3 Punkte	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit). Die Gesamtzufriedenheit wird aus 27 Fragen zu allen für die Belegärzte wichtigen Aspekten berechnet.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Infrastruktur	83.8 Punkte	4 Fragen zum Messthema „Infrastruktur“
Spitalleitung	81.6 Punkte	5 Fragen zum Messthema „Spitalleitung“
Anmeldeprozess	82.1 Punkte	7 Fragen zum Messthema „Anmeldeprozess“
Schnittstellen	89.2 Punkte	7 Fragen zum Messthema „Schnittstellen“
Patienten / Image	89.9 Punkte	4 Fragen zum Messthema „Patienten / Image“
Kommentar:		
Die Messung der Zufriedenheit der Belegärzte wird mit einer Periodizität von 3 Jahren durchgeführt.		
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	MECON-Belegärztefragebogen	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		standardisierte schriftliche Belegarztbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien				
Ausschlusskriterien		-		
Rücklauf in Prozenten		58.0%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNOSO	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ	☒	☐	☐
SIRIS Implantat-Register	☒	☐	☐
Bemerkung			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®¹ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?					
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: Messung 2011 (BFS-Daten 2010)					
Intern	Extern	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Interpretation ²
0.71%	0.62%	3.01%	2.77% - 3.26%	A	A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
Sehr gutes Ergebnis, kein Handlungsbedarf					
☐	Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
	Begründung				
Informationen für das Fachpublikum					
Auswertungsinstanz		Bundesamt für Statistik BFS ³			
Informationen für das Fachpublikum: 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.			
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		3377			
Bemerkung					

¹ SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

² A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen.

³ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: Messung 2011 (BfS-Daten 2010)				
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Wertung der Ergebnisse ⁴
2.11%	2.13%	1.59% - 2.77%	B	A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Gutes Ergebnis, kein Handlungsbedarf				
☐	Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
	Begründung			
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ⁵			
Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)		
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).		
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		5504		
Bemerkung				

⁴ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen.

⁵ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthalts.

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler 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. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Aktuelle Messergebnisse des Jahres			Vorjahreswerte	
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Gallenblase-Entfernungen			% ()	% ()
☐ Blinddarm-Entfernungen			% ()	% ()
☐ Hernieoperationen			% ()	% ()
☐ Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
☐ Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
☐ Herzchirurgie			% ()	% ()
☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen		Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.		
☒ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen				
☐ Magenbypassoperationen (optional)			% ()	% ()
☐ Rektumoperationen (optional)			% ()	% ()

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☒	Die Messung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
	Begründung

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	SwissNOSO

⁶ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabelle mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		
Bemerkung		

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁷ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum			
Messinstitution	Berner Fachhochschule		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre). (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		91	Anteil in Prozent (Antwortrate) 77.8%
Bemerkung		Die bereinigten Schlussergebnisse sind zum Publikationsdatum des vorliegenden Qualitätsberichts noch ausstehend	

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		2012	
Anzahl hospitalisierte Patienten , die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen⁸	
1	In Prozent	1.1%	
☐	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung			

⁷ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

⁸ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

Ein 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. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		2012	Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4		3	3.3%
	ohne Kategorie 1		1	1.1%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1		2	2.2%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1		0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1		1	1.1%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1		1	1.1%

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Die bereinigten Schlussergebnisse sind zum Publikationsdatum des vorliegenden Qualitätsberichts noch ausstehend	
☐	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.71	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.50	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.66	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.38	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.71	0 = nie 10 = immer

Bemerkungen	
☐	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut	Dezentrales Messinstitut
☐ hcri AG	☒ hcri AG
☒ MECON measure & consult GmbH	☐ MECON measure & consult GmbH
	☐ ESOPE
	☐ NPO PLUS
	☐ Stevemarco sagl
	☐ QM Riedo

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2012 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	- Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten		509	
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten		326	Rücklauf in Prozent 64.05%
Bemerkung		Sehr gutes Ergebnis vom Vorjahr bestätigt	



Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	Nosokomiale Infekte als Prävalenzstudie nach den SSI-Kriterien: Schriftliche Datenerhebung mittels Protokoll (SSI-Kriterien) aller Patienten während 3 Tagen

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	
Infektionen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
0% nosokomialen Infektionen festgestellt	Resultat der letzten Jahre bestätigt. Auch dieser Indikator könnte ein Benchmark für Dritte sein.
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Prävalenzstudie (SSI-Kriterien)
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Universitätsspital Basel, Abteilung für Infektiologie und Spitalhygiene

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, welche mindestens 24 Stunden hospitalisiert waren während den 3 Erhebungstagen.	
	Ausschlusskriterien	-	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		111	Anteil in Prozent 100%
Bemerkung		Hervorragende Ergebnisse der vergangenen Jahre wurden erneut bestätigt	

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Alle sich in der Klinik ereigneten Stürze (stationäre Patienten) nach folgender Definition: Sturz = Unfreiwilliges und/oder unkontrolliertes zu Boden sinken

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
58 = 0.88%	7 = 0.1%	51 = 0.77%	
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Sturzprotokoll (ist Bestandteil unseres KIS)	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten	
	Ausschlusskriterien	ambulante Patienten	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		6562	Anteil in Prozent 100%
Bemerkung		Jeder Sturz wird erfasst. Dies bedeutet, dass wenn ein Patient mehrere Male stürzt, jeder Sturz als 1 Sturz gilt. Stürze ambulanter Patienten können noch nicht mit dem KIS erfasst werden und werden zurzeit noch in Papierform erfasst	

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	

Wird nicht zusätzlich erhoben (nur mit Methode LPZ)

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
1 = 1.1%	Die Daten wurden im Rahmen der Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus erhoben. Erfasst wurden freiheitsbeschränkende Massnahmen am Erfassungstag inklusive den vorangegangenen 30 Tagen.
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments: Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: Berner Fachhochschule

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten (inkl. intermediate care, ≥ 18 Jahre). Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Tagesklinik und ambulanter Bereich.	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		91	Anteil in Prozent 77.8%
Bemerkung		Sehr gutes Ergebnis vom vergangenen Jahr wurde bestätigt. Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten.	

5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

Wird nicht erhoben.

F6 Weiteres Messthema

Messthema	Komplikationen
Was wird gemessen?	Auftretende postoperative Komplikationen bei stationären Patienten Es werden Komplikationen erfasst, z.B. Ileus, Spannungsblasen, Thrombosen, Embolien, Pneumonien und/oder Wundheilungsstörungen

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	
Komplikationen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
61 Komplikationen = 0.96%	Leichte Verschlechterung gegenüber dem letzten Jahr um 0,2% In 28 der insgesamt 61 Fälle war ein verlängerter Klinikaufenthalt von Nöten
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instruments:	Postoperative Komplikationen (ist Bestandteil unseres KIS)
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten mit operativem Eingriff	
	Ausschlusskriterien	Ambulante Patienten und Patienten mit stationärem Aufenthalt, jedoch ohne operativen Eingriff	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	6'345	Anteil in Prozent	100%
Bemerkung	Von unseren insgesamt 6'562 stationären Patienten hatten 217 keinen operativen Eingriff		

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.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?	
☐	Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil.
	Begründung
☒	Ja , unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Absolute Minimal Data Set - AMDS	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2012	Merian Iselin Klinik Basel
Acute Myocardial Infarction in Switzerland - AMIS Plus	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie - AQC	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch		Punktueller Teilnahme durch unabhängige Belegärzte
Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken - ASF	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch		
European registry and network for intoxication type metabolic disorders - E-IMD	Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Endokrinologie/ Diabetologie, Nephrologie, Intensivmedizin	Universitätsklinikum Heidelberg www.e-imd.org		
Fécondation In Vitro National - FIVNAT-CH	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch/		
IDES Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenkprothesen - IDES Register	Orthopädische Chirurgie	MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie www.memcenter.unibe.ch		
Knochentumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie - KTRZ	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochentumor-referenzzentrum/		
Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch		Punktueller Teilnahme durch unabhängige Belegärzte

Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting		Merian Iselin Klinik Basel
Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI - MDSi	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch		
Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien - MIBB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch		
Register für Linsenimplantate - OCULA	Ophthalmologie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/ief		
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch		
Schweizer Patientenregister für Duchenne Muskeldystrophie und Spinale Muskelatrophie	Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Medizin und Rehabilitation, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Kardiologie, Pneumologie	CHUV und Kinderspital Zürich www.asrim.ch		
Schweizer Wachstumsregister - SWR	Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nephrologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern www.ispm.ch		
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank - SaFW DB	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch		
Schweizerische HIV Kohortenstudie - SHCS	Infektiologie	Schweizerische HIV Kohortenstudie www.shcs.ch		
Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister - SOL-DHR	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - www.lebensspende.ch/de/verein.php		
Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister - SPNR	Pädiatrie, Nephrologie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news/swiss-paediatric-renal-registry		
SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch		
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch		

Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases - SIOLD	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch		
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2011	Merian Iselin Klinik Basel
Swiss Breast Center Database - SBCDB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch		Punktueller Teilnahme durch unabhängige Belegärzte
Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13		
Swiss Neuropaediatric Stroke Registry - SNPSR	Neurologie, Phys.Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern		
Swiss Paediatric Surveillance Unit - SPSU	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00737/index.html?lang=de		
Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch		
Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program - SRRQAP	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch		
Swiss SLE Cohort Study - SSCS	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Allergologie / Immunologie, Nephrologie, Rheumatologie	Universität de Genève und andere Universitäten in der Schweiz www.slec.ch		
Swiss Teratogen Information Service - STIS	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie	Swiss Teratogen Information Service STIS www.swisstis.ch		
Swissregard - Nationales Register zu plötzlichen Todesfällen von Athleten	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Rechtsmedizin, Pathologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Kardiologie, Intensivmedizin	Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern www.swissregard.ch		
SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch		
TraumaRegister DGU - TR-DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de		

Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung - NICER	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und - registrierung www.nicer.org		
Schweizer Kinderkrebsregister - SKKR	Alle	www.kinderkrebsregister.ch		
Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft - KRBB	Alle	-		
Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	www.krebsregister.usz.ch		
Krebsregister Graubünden und Glarus - KR GG	Alle	www.ksgr.ch/Das_Kantonsspital_Graubunden/Departemente/Institute/Pathologie/Krebsregister/dD0zNzQmbD1kZXU.html		
Krebsregister St. Gallen- Appenzell - KR SGA	Alle	krebsliga-sg.ch/de/index.cfm		
Krebsregister Kanton Freiburg - RFT	Alle	www.liguecancer-fr.ch		
Krebsregister Kanton Genf - RGT	Alle	www.unige.ch/medecine/rgt/index.html		
Krebsregister Kanton Jura - RJT	Alle	-		
Krebsregister Kanton Neuenburg - RNT	Alle	-		
Krebsregister Kanton Tessin	Alle	www.ti.ch/tumori		
Krebsregister Kanton Waadt - RVT	Alle	-		
Bemerkung				

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
The Swiss Leading Hospitals (SLH) EFQM-Modell für Excellence	Ganze Klinik	2000	2010	nächste Rezertifizierung 2013
QUALAB	Labor		2012	jährlich
ISO/CEI 17043	Labor		2012	jährlich

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Skill & Grademix	Gewährleistung eines optimalen Personaleinsatzes in der Pflege, unter Berücksichtigung aller fachlichen Qualifikationen	gesamte Klinik	laufend seit 2011
EasyLearn (Elektronisches Bildungssystem)	Sicherstellung eines einheitlichen Wissensstandes aller Mitarbeitenden bezüglich ausgesuchter Ausbildungsinhalte	gesamte Klinik	laufend seit 2011
Erfassung Kritischer Zwischenfälle (CIRS)	Vermeidung von Personen- und Umweltbezogenen Zwischenfällen	gesamte Klinik	laufend seit 2010
Beschwerdemanagement	Kontinuierliche Verbesserungsaktivitäten in der Klinik, Optimierung der Qualität	gesamte Klinik	laufend seit 2010
Prozessmanagement	Elektronische Abbildung und laufende Überprüfung aller Prozesse in der Klinik	gesamte Klinik	laufend seit 2010
Klinik-Informations-System (KIS)	Strukturierte Planung: Optimierte Arbeitsabläufe, Zusammenarbeit verbessern, Verringerung des Arbeitsaufwands Zielorientierte Steuerung: Überschneidungen und Leerzeiten vermeiden, Zuverlässigkeit steigern Vollständige Dokumentation: Digitale Patientenakten	gesamte Klinik	laufend seit 2009

	und Qualitätssicherung auf Knopfdruck, Erfüllen der Vorschriften und Patientensicherheit erhöhen		
Behandlungspfade	Die Behandlungspfade für alle relevanten Operationen, welche im Merian Iselin durchgeführt werden, sind definiert	Pflege, Physiotherapie, Organisation REHA, Finanzen & Controlling	laufend seit 2008
Smart Change (internes Verbesserungs- und Vorschlagswesen)	Fördern und Umsetzen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und des Ideenmanagements in der gesamten Klinik	gesamte Klinik	laufend seit 2007
Händehygiene compliance	Erfassung der Händehygiene, Erhöhung der Patientensicherheit	gesamte Klinik	laufend seit 2004
Sicherheitsmanagement	Schulung aller Mitarbeitenden bezüglich aller relevanten Sicherheitsvorkehrungen wie z.B. CIRS, Reanimation, Hygienemassnahmen, Sicherheit und Brandverhütung	gesamte Klinik	laufend seit 2002
Schulungen / Weiterbildungen	Laufende Aktualisierung und Steigerung des allgemeinen, betriebs- und fachspezifischen Wissens aller Mitarbeitenden	gesamte Klinik	laufend seit 2000
Patientenzufriedenheitserhebung mit internem Fragebogen	Kontinuierliche Verbesserungsaktivitäten in der Klinik, Optimierung der Qualität	gesamte Klinik	laufend seit 1999

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitel	Skill- und Grademix	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Optimale Organisation der Arbeit und Einsatz des Personals unter Berücksichtigung der vorhandenen Skills (Ausbildungen) und Grades (Fähigkeiten)	
Beschreibung	Vor dem Hintergrund der neuen Pflegeberufe und der sich abzeichnenden Verknappung des Pflegepersonals • Optimaler Einsatz der Mitarbeitenden gemäss ihren Kompetenzen • Optimale Zusammenarbeit auf den Stationen • Optimale Erfüllung des Pflegeauftrages unter Berücksichtigung von • Leistungsauftrag, Aufgaben & Verantwortungen • Skills (Ausbildungen und Zusatzausbildungen der Mitarbeitenden) • Grades (Individuelle Fähigkeiten und Berufserfahrungen der Mitarbeitenden) • Ressourcen	
Projektablauf / Methodik	• Auftrag • Bildung Projektteam • Studium Literatur zum Thema • Besichtigung anderer Betriebe / Benchmark • Erarbeitung von Lösungsvorschlägen im Projektteam • Antragsstellung an Auftraggeber • Entscheid	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
		
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
		
	☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	Pflege und Hauswirtschaft	
Involvierte Berufsgruppen	Sämtliche Berufsgruppen innerhalb der Pflege sowie der Hauswirtschaft	
Projektevaluation / Konsequenzen	Steht noch aus, Pilot läuft ab Spätsommer	
Weiterführende Unterlagen	Auf Anfrage	

Qualität, insbesondere in einer hochspezialisierten Belegarklinik, ist zu einem zentralen Element der Wettbewerbsfähigkeit und der Leistungserstellung geworden. Die Klinikverantwortlichen sind sich der Chancen aber auch der Hemmnisse durchaus bewusst, welche ein hochstehendes Qualitätsmanagement mit sich bringt. Kontinuierliche Verbesserungsschritte, implementiert im Betrieb und abgestimmt mit den verschiedenen Stakeholdern rund um den Patienten, stellen unsere Marschrichtung im Qualitätsfeld für die nächsten Jahre dar. Obwohl die Finanzierung der oft personalintensiven Messungen nur ungenügend geregelt ist, wird die Merian Iselin Klinik Schritt für Schritt sein erreichtes Qualitätsniveau weiter ausbauen und vertiefen.