



MERIAN ISELIN

*Klinik für Orthopädie
und Chirurgie*

Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+

Version 8.0



Akutsomatik

Merian Iselin
Klinik für Orthopädie und Chirurgie
Föhrenstrasse 2
4009 Basel
www.merianiselin.ch



Freigabe am:
durch:

08.05.2015
Fricker Stephan, CEO



Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2014.

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 Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen 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 Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2014

Herr
Mario Grava
Leiter Qualitätsmanagement
061/ 305 13 92
mario.grava@merianiselin.ch

Vorwort von H+ die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und gewissen kantonalen Messungen teil.

Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) werden Qualitätsmessungen in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungs-qualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2014 das zweite nationale Pilot-programm „progress! Sichere Medikation an Schnittstellen“. Ziel ist es die Patientensicherheit bei der medikamentösen Therapie an Behandlungsschnittstellen zu verbessern. 2013 startete die Stiftung bereits ein Programm, das auf die Sicherheit in der Chirurgie fokussiert ist. Die beiden Programme sind Bestandteile der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsbericht-erstattung zur Verfügung.

Die in diesem Bericht publizierten Resultate der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messresultate zwischen den Betrieben sind gewisse Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum einen sollte das Leistungsangebot (vgl. C2) ähnlich sein. Ein Regionalspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messresultate unterschiedlich zu werten sind. Zum anderen die Spitäler und Kliniken verschiedene Messinstrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebungsmethodik und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014	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	Kennzahlen 2014	4
C2	Angebotsübersicht	4
D	Zufriedenheitsmessungen	7
D1	Patientenzufriedenheit	7
D2	Angehörigenzufriedenheit	9
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	9
D4	Zuweiserzufriedenheit	10
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	12
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	12
E1-1	Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	13
E1-2	Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	14
E1-3	Messung der Wundinfektionen nach Operationen	15
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus	17
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik	20
E1-7	SIRIS Implantatregister	21
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014	22
F1	Infektionen (andere als mit ANQ / Swisnoso)	22
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)	23
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)	23
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	24
F5	Dauerkatheter	25
F6	Weiteres Messthema	25
G	Registerübersicht	26
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	33
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	33
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	33
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	35
I	Schlusswort und Ausblick	36

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 eine hervorragende postoperative Pflege zu garantieren.

Infrastrukturell ist die Merian Iselin Klinik mit 8 auf dem neusten Stand der Technik ausgestatteten Operationssälen in der Lage, jährlich knapp 8000 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. Knapp 500 Mitarbeitende sind für den reibungslosen Ablauf während Ihres Klinikaufenthaltes besorgt.

Seit wenigen Tagen zertifiziert nach der ISO-Norm 9001:2008 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. Ein ganz zentraler Unternehmensgrundsatz ist die Patienten- bzw. die Kundenzufriedenheit.

Der Patient und/oder der Kunde setzt den Massstab für die Qualität. Sein Urteil 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 optimiert werden, dies im Einklang mit der Strategie 2014 bis 2018 der Merian Iselin Stiftung. Basis unseres Qualitätsmanagements ist neu ISO 9001:2008.

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. Das klinikinterne Rechnungswesen ist nach REKOLE zertifiziert. Mit dem Einsatz eines CIRS sollen kritische Situationen möglichst vermieden werden.

Nach all diesen Prinzipien arbeiten wir täglich. Unsere Belegärzte stehen für eine freie Arztwahl. Sie betreuen ihre Patienten hochkompetent und persönlich. Sie sind permanent verfügbar und engagieren sich in unserer Klinik für Allgemein- und für Zusatz-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 tragen der hohe Pflegestandard, die sorgfältige Aus- und Weiterbildung und die kontinuierliche 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 bei den Besten zu bleiben.

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 Verbesserungspotentiale, 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 2014

- Umsetzung Projekt „Joint Progress“
- Zertifizierung der Radiologie nach ISO 9001:2008 im 2014
- Zertifizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2008 im 2015
- Diverse Umbauprojekte, unter anderem die Planung eines „Private Wing“

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

- Projekt „Joint Progress“ wurde erfolgreich umgesetzt
- Die Radiologie ist nach der ISO-Norm 9001:2008 zertifiziert
- Umsetzung der Zertifizierung der gesamten Klinik nach der ISO-Norm 9001:2008 ist in der Endphase (Zertifizierung Ende April 2015)
- Diverse Umbauprojekte wurden realisiert und die Planung eines „Private Wing“ ist in vollem Gange

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualität bleibt auch in Zukunft ein zentral wichtiger Faktor für die Merian Iselin Klinik. 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 2014/2015 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:

- Zertifizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2008 im 2015
- Das Bauprojekt zur Neukonzeption der Klinik West inkl. „Private Wing“ liegt ausführungsbereit vor

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	330 Stellenprozent 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
Rolf Schwendener	061-305 13 91	rolf.schwendener@merianiselin.ch	Qualitätsbeauftragter/Stv. 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 Infektprevention
Dr. Manfred Füeg	061-305 16 62	manfred.fueg@merianiselin.ch	Leiter Hygieneausschuss MIK

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht:

<http://merianiselin.ch/flipbooks/flipbook-jahresbericht-2014#1>

C1 Kennzahlen 2014

Die Kennzahlen 2014 finden Sie unter diesem Link oder im aktuellen Jahresbericht auf der Seite x / im Kapitel y:

<http://merianiselin.ch/flipbooks/flipbook-jahresbericht-2014#1>

Bemerkungen

C2 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	
Herzgefässchirurgie		

Angebote medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
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)		
☐ 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	Universitätsspital Basel
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen)	Merian Iselin Klinik, Basel	St. Claraspital Basel
☒ 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 Atmungs- organe)		
Intensivmedizin	Merian Iselin Klinik, Basel	St. Claraspital Basel und Universitätsspital Basel
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Merian Iselin Klinik, Basel	
Kinderchirurgie		
Langzeitpflege		
Neurochirurgie	Merian Iselin Klinik, Basel	
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems)	Merian Iselin Klinik, Basel	
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Merian Iselin Klinik, Basel	

Angebote medizinische Fachgebiete (3. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Merian Iselin Klinik, Basel	St. Claraspital 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	
Thoraxchirurgie (Operationen an der Lunge, im Brustkorb und-raum)		
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Merian Iselin Klinik, Basel	St. Claraspital Basel

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

Angebote 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		



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf www.spitalinformation.ch, in der Rubrik „Angebot“.



Zufriedenheitsmessungen

D1 Patientenzufriedenheit

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

Für den nationalen Vergleich hat der Nationale Verein für Qualitätsentwicklungen in den Spitälern und Kliniken (ANQ) ein Kurzfragebogen konzipiert, der in der Akutsomatik und Rehabilitation eingesetzt wird. Die Messergebnisse und/oder Verbesserungsaktivitäten sind im Modul E dokumentiert.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
☐ Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .		
Begründung		
☒ Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
☒ Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.		
☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2013	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb	90.4	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= min. Zufriedenheit) bis 100 (= max. Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
Ärzte	94.5	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	88.4	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	88.3	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	88.6	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	89.1	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	86.6	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“
Kommentar: Das Spital misst die Patientenzufriedenheit permanent (mittels Zufallsstichprobe aus allen ausgetretenen Patienten = 1200 Patienten pro Jahr).		
☐ Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:		
☐ Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Messergebnisse sind seit Jahren auf hohem Niveau stabil

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

☒ Mecon ☐ Picker ☐ PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18) ☐ PZ Benchmark	☐ Anderes externes Messinstrument Name des Instruments 	Name des Messinstituts
☐ Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instruments		standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument

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		641 Fragebogen	
Rücklauf in Prozent		55.0 %	Erinnerungsschreiben? ☒ Nein ☐ Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patientenbefragungen – 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“ der Vereinigung 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 2014 wurde eine Messung durchgeführt.	
☐ Im Berichtsjahr 2014 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 2014 wurde eine Messung durchgeführt.	
☒ Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb	68.6	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.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse
Ärzte	77.6	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	67.7	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Therapeuten	71.3	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe

Hauswirtschaftspersonal	67.5	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	72.9	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
☒	Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:	2013
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Im gesamten Branchenvergleich ist der ausgewiesene Wert für den Gesamtbetrieb als vorbildlich zu bewerten

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instruments	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstituts	MECON measure & consult GmbH
☐	Eigenes, internes Instrument			
	Beschreibung des Instruments	standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument		

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	alle Mitarbeitenden wurden befragt		
	Ausschlusskriterien	-		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		226		
Rücklauf in Prozent		51.5 %	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

D4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der 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 (Belegärztebefragungen).			
	☐	Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.		
	☒	Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2013	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2016

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb	87.7	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse
Infrastruktur	83.6	4 Fragen zum Messthema „Infrastruktur“
Spitalleitung	87.5	5 Fragen zum Messthema „Spitalleitung“
Anmeldeprozess	83.6	7 Fragen zum Messthema „Anmeldeprozess“
Schnittstellen	91.6	7 Fragen zum Messthema „Schnittstellen“
Patientenzufr. / Image	92.1	4 Fragen zum Messthema „Patientenzufriedenheit / Image“
☒	Die Ergebnisse wurden bereits im folgenden Qualitätsbericht publiziert. 2013	
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Die sehr guten Ergebnisse der vergangenen Messungen wurden wiederum bestätigt.

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☒	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	MECON-Belegärztefragebogen	Name des Messinstituts
			MECON measure & consult GmbH
☐	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		
	standardisierte schriftliche Belegärztebefragung		

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	alle Belegärzte	
	Ausschlusskriterien	-	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		63 Fragebogen	
Rücklauf in Prozent		49.6%	Erinnerungsschreiben? ☐ Nein ☒ Ja

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.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	☒	☐	☐
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	☒	☐	☐
Messung der postoperativen Wundinfektionen	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Sturz	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus	☒	☐	☐
Nationale Patientenbefragung	☒	☐	☐
SIRIS Implantatregister	☒	☐	☐
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der Wundinfektionen nach Blinddarm-Entfernungen	☐	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus	☐	☐	☐
Nationale Elternbefragung	☐	☐	☐
Bemerkungen			
Da wir nur ganz vereinzelt Kinder haben findet der Kinderspezifische Messplan bei uns keine Anwendung			

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

E1-1 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, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				Messung 2013 (BfS Daten 2012) 1.12.2011 - 30.11.2012
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ¹ A, B oder C
Intern	Extern			
0.39%	0.41%	2.08%	1.93% - 2.24%	A
☒ Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .				
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung				

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Sehr gutes Ergebnis, kein Handlungsbedarf

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl auswertbare Austritte		4121
Bemerkung		

¹ 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. Diese Fälle sollten analysiert werden.

E1-2 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 werden Routedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			Messung 2012 (BfS Daten 2012) 1.1. - 31.12.2012
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ² A, B oder C
0.49%	1.41%	1.25% -1.58%	A
☒ Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .			
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Sehr gutes Ergebnis, kein Handlungsbedarf

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechenden Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

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 auswertbare Operationen		5274
Bemerkungen		

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 Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

E1-3 Messung der Wundinfektionen nach Operationen

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperativer Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blindarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind ab dem 1. Oktober 2014 verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Eingriffe mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen) erfolgen zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2013 – 30. September 2014					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ³ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Gallenblase-Entfernungen			%		% ()
☐ Blinddarm-Entfernungen			%		% ()
☐ Blinddarm-Entfernungen bei Kinder und Jugendlichen			%		% ()
☐ Hernienoperationen			%		% ()
☐ Dickdarmoperationen (Colon)			%		% ()
☐ Kaiserschnitt (Sectio)			%		% ()
☐ Gebärmutter-entfernungen					
☐ Wirbelsäulenchirurgie					
☐ Magenbypass-operationen			%		% ()
☐ Rektumoperationen			%		% ()
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

³ 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.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2014 (1. Oktober 2013 – 31. September 2014) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁴ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Herzchirurgie			%		% ()
☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	80	1	1.3%	0.1-6.2	1.3% (0.1 – 7.4) Add. OR KI
☒ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	111	0	0%	-	1.8% (0.5 – 8.2) Add. OR KI
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die sehr guten Ergebnisse der vergangenen Messungen wurden wiederum bestätigt

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

⁴ 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.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene.

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Stürze

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten im Spital vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Deskriptive Messergebnisse 2014			
Anzahl hospitalisierte Patienten , die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind. ⁵	2	In Prozent	2.6%
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten	
Die guten Ergebnisse der vergangenen Messungen wurden bestätigt	

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), 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, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		78	Anteil in Prozent (Antwortrate) 78.8%
Bemerkungen			

⁵ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

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.

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.

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. 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.

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

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	2	2.6%
	ohne Kategorie 1	0	0%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	1	1.3%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	1	1.3%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4		%
	ohne Kategorie 1		%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1		%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1		%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1		%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1		%

☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Begründung

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die guten Ergebnisse der vergangenen Messungen wurden wiederum bestätigt

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, inter-mediate care), 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.	
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	- Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene	78	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	78.8%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche		Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	%
Bemerkungen			

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik

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.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ⁶ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.61	9.49 – 9.73	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.47	9.35 – 9.59	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.48	9.35 - 9.61	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.36	9.21 – 9.51	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.68	9.56 – 9.80	0 = nie 10 = immer
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Die sehr guten Ergebnisse der Vorjahre wurden wiederum bestätigt

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

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.

Angaben zur Messung			
Auswertungsinstitut		hcri AG und MECON measure & consult GmbH	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2014 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten		511	
Anzahl eingetroffener Fragenbogen		310	Rücklauf in Prozent 60.7%
Bemerkungen			

E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

Messergebnisse		
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch		
Bemerkungen		
Erste Ergebnisse werden dieses Jahr erwartet		
Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFM)	
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantaten
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkungen		



Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014

F1 Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse

Infektionen

0.88% = 1 nosokomialer Infekt

☐ Die Messung 2014 ist noch **nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

☐ Unser **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Begründung

☐ Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die sehr guten Ergebnisse der Vorjahre wurden wiederum bestätigt

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Prävalenzstudie (CDC-Kriterien)
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	Universitätsspital Basel, Abteilung für Infektiologie und Spitalhygiene

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 untersuchte Patienten		113 = 100%
Bemerkungen		

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)
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 2014 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse		
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge
64 = 0.93%	15 = 0.21%	49 = 0.71%
☐	Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung		
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Die guten Ergebnisse der vergangenen Messungen wurden wiederum bestätigt

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014			
☒	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 Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten
	Ausschlusskriterien	ambulante Patienten
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		64 von 6886
Bemerkungen		Jeder Sturz wird erfasst. Dies bedeutet, dass wenn ein Patient mehrere Male stürzt, jeder Sturz als 1 Sturz gilt.

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)

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

Wird nicht zusätzlich erhoben (nur mit Methode LPZ)

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Intensität von Isolation und Fixierung (Intensität = Häufigkeit * Dauer pro Fall) sowie Dokumentation der Häufigkeit von Zwangsmedikation oral, Zwangsmedikation Injektion, Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und Sicherheitsmassnahmen im Bett.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
2 = 2.6%	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Kein Handlungsbedarf da die sehr guten Ergebnisse der vergangenen Jahre bestätigt wurden

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☒ Das Instrument wurde im Rahmen einer ANQ Messung eingesetzt.	Name des Instruments:	☐ EFM ☒ Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen (LPZ)
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationären Patienten (≥ 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.
Bemerkungen		Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht risikoadjustierte Daten.

F5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

Wird nicht erhoben.

F6 Weiteres Messthema

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse

Komplikationen

49 Komplikationen = 0.71

- ☐ Die Messung 2014 ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- ☐ Unser **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
Begründung
- ☐ Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Internes Messinstrument im Sinne eines „Frühwarnsystems“

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

☒ 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 Auswertungsinstitut:	

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		6831 = 100%
Bemerkungen		Von unseren insgesamt 6'886 stationären Patienten hatten 55 keinen operativen Eingriff

Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitäts-sicherung 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 Unser Betrieb an Registern teil?

☐ **Nein**, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil.

Begründung

☒ **Ja**, unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Registerübersicht

Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2012	Merian Iselin Klinik Basel
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch		Punktueller Teilnahme durch unabhängige Belegärzte
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch		

E-IMD European registry and network for intoxication type metabolic disorders	Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Endokrinologie/ Diabetologie, Nephrologie, Intensivmedizin	Universitätsklinikum Heidelberg www.e-imd.org		
FIVNAT-CH Fécondation In Vitro National	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch/		
IDES Register Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenksprothesen	Orthopädische Chirurgie	MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie www.memcenter.unibe.ch		
KTRZ Knochentumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie	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		Punktuelle Teilnahme durch unabhängige Belegärzte
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch		
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	1999	Merian Iselin Klinik Basel
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch		
OCULA Register für Linsenimplantate	Ophthalmologie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/iefo		

SAfW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch		
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch		Punktueller Teilnahme durch unabhängige Belegärzte
SCCS Schweizerische Hepatitis- C-Kohorten Studie	Allgemeine Innere Medizin, Infektiologie, Medizinische Genetik, Gastroenterologie, Med. Onkologie	Stiftung Schweizerische Hepatitis-C-Kohortenstudie www.swisshcv.ch		
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		
SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch		
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	Universität Zürich http://ibdcohort.ch/		
SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch		
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch		
SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern		

SOG Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft	Ophthalmologie	SOG www.sog-ssso.ch		
SOL-DHR Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - www.lebendspende.ch/de/verein.php	2011	Merian Iselin Klinik Basel
SPNR Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister	Pädiatrie, Nephrologie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news/swiss-paediatric-renal-registry		Punktueller Teilnahme durch unabhängige Belegärzte
SPSU Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00737/index.html?lang=de		
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrgap.ch		
SSCS Swiss SLE Cohort Study	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Allergologie / Immunologie, Nephrologie, Rheumatologie	Université de Genève und andere Universitäten in der Schweiz www.slec.ch		
STIS Swiss Teratogen Information Service	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie	Swiss Teratogen Information Service STIS www.swisstis.ch		
STR Schweizer Traumaregister	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.adjumed.ch		
SVGO Frakturregister – Osteoporosefraktur- register	Chirurgie, Orthopädische Chirurgie, Phys. Med. u. Rehabilitation, Endokrinologie/Diabetologie, Rheumatologie, Traumatologie	Schweizerische Vereinigung gegen die Osteoporose www.svggo.ch		

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 Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch		
SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch		
SwissNET Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET swissnet.net		
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		
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch		
SWR Schweizer Wachstumsregister	Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nephrologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern www.ispm.ch		
TR-DGU TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de		
Krebsregister	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
NICER - Nationales Institut für Krebs Epidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebs Epidemiologie und -registrierung www.nicer.org		
Schweizer Kinderkrebsregister - SKKR	Alle	www.kinderkrebsregister.ch		

Krebsregister Aargau	Alle	http://krebsregister-aargau.ch/		
Krebsregister Bern	Alle	www.krebsregister.unibe.ch		
Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft - KRBB	Alle	www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/krebsregister-beider-basel/		
Krebsregister Kanton Freiburg - RFT	Alle	www.liguecancer-fr.ch		
Krebsregister Graubünden und Glarus - KR GG	Alle	www.ksgr.ch/Das_Kantonsspital_Graubunden/Departemente/Institute/Pathologie/Krebsregister/dD0zNzQmbD1kZXU.html		
Krebsregister Kanton Genf - RGT	Alle	www.unige.ch/medecine/rgt/index.html		
Krebsregister Kanton Jura - RJT	Alle	-		
Krebsregister Kanton Neuenburg - RNT	Alle	www.lncc.ch/fr/registre_neuchatelois_des_tumeurs/index.cfm		
Krebsregister Kanton Tessin	Alle	www.ti.ch/tumori		
Krebsregister Kanton Thurgau - KRTG	Alle	www.krtg.ch/		
Krebsregister St. Gallen- Appenzell - KR SGA	Alle	krebsliga-sg.ch/de/index.cfm		
Krebsregister Kanton Waadt - RVT	Alle	-		
Walliser Krebsregister	Alle	www.ovs.ch/gesundheit/walliser-krebsregister.html		

Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	www.krebsregister.usz.ch		
Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden	Alle	www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-krebsregister.html		
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)	Ganze Klinik	2000	2013	
QUALAB	Labor	1992	2014	jährlich Überprüfung
ISO/IEC 17043	Labor	1997	2014	jährlich Überprüfung
REKOLE	Finanzen & Controlling	2013		nächste Rezertifizierung 2017
ISO 9001:2008	Radiologie	2014		

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Zertifizierung nach ISO 9001:2008	Erfüllung der Normanforderungen, effizientere, prozessorientierte Arbeitsabläufe	gesamte Klinik	2013 - 2015
Zertifizierung der IMC	Erfüllung aller geforderten Standards, Erhöhung der Qualität und der Patientensicherheit	IMC, Anästhesie	2013 – 2015
Joint Progress	Aktive Mitwirkung des Patienten bei einer komplikationsarmen und schnellen Wiedergewinnung von Aktivität und Lebensqualität vor und nach einem Hüft- oder Knie-TP-Eingriff	OP-Bereich, Anästhesie, Pflege, Physiotherapie, Belegärzte	laufend seit 2013
Skill & Grademix in der Pflege	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 Umwelt-bezogenen Zwischenfällen	gesamte Klinik	laufend seit 2010
Beschwerdemanagement	Kontinuierliche Verbesserungsaktivitäten, 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 und Qualitätssicherung auf Knopfdruck, Erfüllen der Vorschriften und Patientensicherheit erhöhen	gesamte Klinik	laufend seit 2009
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
Händehygienecompliance	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 1982
---	--	----------------	-------------------

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein CIRS?
	Begründung
☒	Ja , unser Betrieb hat 2011 ein CIRS eingeführt.
☐	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.
Bemerkungen	Das CIRS-Meldesystem zur Erfassung von personen- und umweltbezogenen Zwischenfällen und Beinahe-Zwischenfällen findet in der gesamten Merian Iselin Klinik Anwendung und ist auch für unsere Belegärzte zugänglich (klinikexterner Zugang).

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitle	Joint Progress	
Projektart	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Aktive Mitwirkung des Patienten bei einer komplikationsarmen und schnellen Wiedergewinnung von Aktivität und Lebensqualität vor und nach einem Hüft- oder Knie-TP-Eingriff	
Beschreibung	Joint Progress ist ein basierend auf Vorarbeiten der Firma DePuy Syntes geführtes, patientenzentriertes Programm bei elektiven Gelenkersatz-Operationen (primär Hüfte und Knie). Es bedient sich evidenzbasierter Bausteine und Erkenntnisse klinischer Pfade (Enhanced Recovery, Fast Track). Das Programm ist modulierbar in den Dimensionen Patienteninformation, Prozessoptimierung/Anpassung, Evaluation und Kommunikation.	
Projektablauf / Methodik	Analyse/Vorbereitung, Lösungen erarbeiten und Implementierung in der Klinik, Pilotierung und anschliessende Evaluation	
	☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Klinikleitung, Patientenaufnahme, Anästhesie, Operationsbereich, Belegärzte, Pflege, Physiotherapie, Finanzen & Controlling	
Projektevaluation / Konsequenzen	Sämtliche Ziele wurden umgesetzt und anschliessend das Projekt gesamthaft evaluiert. Joint Progress ist sehr erfolgreich, womit es zu einem festen Bestandteil des Angebots in unserer Klinik geworden ist. Auch wird Joint Progress für die Belegärzteschaft auf dem Gebiet der Hüft- und Knieprothetik ausgedehnt. Die Evaluation wird weitergeführt und bei Bedarf werden Optimierungsmassnahmen eingeleitet.	
Weiterführende Unterlagen	Projektunterlagen bei der Klinikleitung abgelegt und dokumentiert	

Qualität, insbesondere in einer starkspezialisierten Belegarklinik, ist ein zentrales Element der Wettbewerbsfähigkeit und der Leistungserstellung. Die Klinikverantwortlichen sind sich der Chancen aber auch der Umsetzungsschwierigkeiten 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.

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

H+ Die Spitäler der Schweiz

Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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



Die Qualitätsmessungen des ANQ (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



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).