



MERIAN ISELIN

*Klinik für Orthopädie
und Chirurgie*

*Föhrenstrasse 2
4009 Basel*



Akutsomatik

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

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern
und Basel-Stadt

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



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010.....	4
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement.....	5
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot.....	6
C1	Angebotsübersicht.....	6
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2010	8
D	Qualitätsmessungen	9
D1	Zufriedenheitsmessungen	9
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	9
D1-2	Angehörigenzufriedenheit.....	11
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	12
D1-4	Zuweiserzufriedenheit.....	13
D2	ANQ-Indikatoren	14
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape.....	14
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	15
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	15
D2-4	Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)	17
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010	18
D3-1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	18
D3-2	Stürze.....	18
D3-3	Dekubitus (Wundliegen).....	19
D3-4	Freiheitseinschränkende Massnahmen	19
D3-5	Dauerkatheter	20
D3-6	Weiteres Messthema	20
D4	Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	21
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte.....	22
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	22
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte.....	22
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	24
F	Schlusswort und Ausblick	25
G	Impressum	26

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes 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.

Das Merian Iselin ist das führende Gesundheitszentrum für Orthopädie und Chirurgie in der Nordwestschweiz. Als moderne Belegarztambulanz 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 das Merian Iselin mit 6 identisch gebauten und auf dem neusten Stand der Technik ausgestatteten Operationssälen in der Lage, jährlich über 7000 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 das Merian Iselin 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, neueste 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.

Das Merian Iselin 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 des Merian Iselin.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Im Merian Iselin 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.

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 Befragungen hinsichtlich Zufriedenheit bei unseren Patienten, unseren Mitarbeitenden sowie unseren Belegärzten durch. Ergebnisse führen zu einem 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 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

- Hauptschwerpunkt war die permanente Fortführung und schrittweise Umsetzung des Projekts DRG mit einer Vielzahl von daraus resultierenden Teilprojekten
- Die 3. Re-Qualifikation im Rahmen von The Swiss Leading Hospitals bildete ein weiterer Schwerpunkt
- Einführung eines CIRS (Critical Incident Reporting Systems) in der gesamten Klinik
- Einführung zusätzlicher Qualitätsindikatoren

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

- Umsetzung von diversen Teilprojekten im Zusammenhang mit der geplanten Einführung von SwissDRG

- Erfolgreich bestandene 3. Re-Qualifizierung nach den Qualitätskriterien von The Swiss Leading Hospitals
- Einführung und Etablierung eines Patienten-Daten-Management-Systems (PDMS) in der Anästhesie
- Einführung einer elektronischen Betten- und OP-Disposition
- Evaluierung und Teileinführung eines KIS (Klinik-Informationen-System)
- Erarbeitung von diversen Behandlungspfaden
- Klinikweite Einführung und Etablierung eines CIRS (Critical Incident Reporting Systems)
- Weitere Messungen siehe Kapitel D „Qualitätsmessungen“ sowie Kapitel E „Verbesserungsaktivitäten und -projekte“ nachfolgend.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualität wird auch in Zukunft ein zentral wichtiger Faktor für das Merian Iselin sein. Daraus ergeben sich neue Herausforderungen wie zum Beispiel die Abläufe und Strukturen im Rahmen des Prozessmanagements hinsichtlich der Einführung von DRG anzupassen. Oberstes Ziel ist es auch hier, die messbare und erlebbare Qualität in unserer Spezialklinik weiter zu optimieren.

Qualität muss messbar sein. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sowie auch die kantonale Gesundheitsdirektion wird hierfür Messinstrumente zur Verfügung stellen, 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.

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

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, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	180 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 Infektprevention
Dr. Manfred Füeg	061- 305 16 62	manfred.fueg@merianiselin.ch	Leiter Hygieneausschuss MI

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“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

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	X	
Allgemeine Chirurgie	X	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	X	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	X	
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	nur wenig Gynäkologie	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		
Handchirurgie	X	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	X	
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	X	
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	X	
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	X	
☐ Geriatrie (Altersheilkunde)		

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)	X	
☒ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	X	
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)		in Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Basel
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)	X	
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	X	
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	X	
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	X vor allem ambulant	
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	X	
Intensivmedizin	IMC	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	X	
Kinderchirurgie	vor allem ORL	
Langzeitpflege		
Neurochirurgie		
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	X	
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	X	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	X	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	X	
Pädiatrie (Kinderheilkunde)		
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)		
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	X	
Psychiatrie und Psychotherapie		
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	X	
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	X	

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	X	
Logopädie		
Neuropsychologie		
Physiotherapie	X	
Psychologie		
Psychotherapie		

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelter Patienten,	27'798	27'352	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			
Anzahl stationär behandelter Patienten,	5'579	5'675	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene			
Geleistete Pflegetage	34'806	38'030	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	111	120	Umbau- und Ferienbedingte eingeschränkte Nutzung der Bettenkapazitäten
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.24	6.70	
Durchschnittliche Bettenbelegung	85.9%	86.83%	

D1 Zufriedenheitsmessungen

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 Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1-1 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 nicht die Patientenzufriedenheit.			
☒	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2011
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			

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	90.0	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 Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	92.4	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	89.4	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	88.0	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	89.7	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	90.6	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	86.1	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“
Kommentar: Das Spital misst die Patientenzufriedenheit permanent (mittels Zufallsstichprobe aus allen ausgetretenen Patienten).		
☐	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				
☒ Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument			
☐ Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
☐ VO: PEQ				
☐ MüPF(-27)				
☐ POC(-18)				
☐ eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument			
Einschlusskriterien	Patienten nach einem stationären Aufenthalt			
Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt			
Rücklauf in Prozenten	51.1%	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 . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Qualitätsmanagement
Name der Ansprechperson	Mario Grava
Funktion	Leiter Qualitätsmanagement
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	mario.grava@merianiselin.ch
Bemerkungen	

D1-2 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 nicht die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	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	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

D1-3 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 nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
☒	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			

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 (2009)		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	70.2 Punkte	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 / Bemerkungen
Pflegepersonal	66.2 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Therapiepersonal	76.0 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Hauswirtschaftspersonal	70.8 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	75.5 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Kommentar: Die Messung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden wird mit einer Periodizität von 2 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-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien		Alle Mitarbeitenden wurden befragt		
Ausschlusskriterien		-		
Rücklauf in Prozenten		55.5%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

D1-4 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 nicht die Zuweiserzufriedenheit.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2007	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			

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		alle Belegärzte (119) wurden befragt		
Ausschlusskriterien		-		
Rücklauf in Prozenten		58.0%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

D2 ANQ-Indikatoren

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 ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen

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.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spital-Austritts. Mit der Methode SQLape 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 wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.		
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte 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 Austritte im Jahr 2010	Anzahl Wiedereintritte im Jahr 2010	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

- ☐ **Präventionsmassnahmen** zur Vermeidung von ungewollten Rehospitalisationen sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape

Mit der Methode SQLape wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen 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. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte 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 Operationen im Jahr 2010	Anzahl Reoperationen im Jahr 2010	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Reoperationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .			

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.
Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.
SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?					
☐ Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.					
☐ In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)					
☒ Ja , unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.					
☐ Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.		Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐ Ja. Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.				2011	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte 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					
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen	Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen	Infektions-rate Spital / Klinik	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ¹	Bemerkungen
☐ Gallenblase-Entfernung				3.9%	
☐ Blinddarm-Entfernung				4.5%	
☐ Hernieoperation				1.1%	
☐ Dickdarm (Colon)				12.7%	
☐ Kaiserschnitt (Sectio)				1.9%	
☐ Herzchirurgie	Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.				
☒ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
☒ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					

☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐ Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

¹ Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.

Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
☒	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).
☐	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

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 Medizinische Abteilungen	Wert	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung			
Beurteilung der pflegerischen Versorgung			
Beurteilung der Organisation			
☐	In unserem Betrieb haben wir keine medizinischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

Messergebnisse Chirurgische Abteilungen	Wert	Schweizer Durchschnitt ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung			
Beurteilung der pflegerischen Versorgung			
Beurteilung der Organisation			
☐	In unserem Betrieb haben wir keine chirurgischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
--------------------------	---

² Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Spitäler, die sich 2009 an der PEQ-Messung des ANQs beteiligt haben. Die Werte wurden im März 2011 durch den ANQ veröffentlicht.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-1 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 2010 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		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
0% nosokomialen Infektionen (NI) festgestellt		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.		
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Prävalenzstudie (SSI-Kriterien)
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	Universitätsspital Basel, Abteilung für Infektiologie und Spitalhygiene

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze		
Was wird gemessen?	Alle sich in der Klinik ereigneten Stürze (stationäre und ambulante Patienten) nach folgender Definition: Sturz = Unfreiwilliges und / oder unkontrolliertes zu Boden sinken		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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:
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
48	11	37	Abnahme der Sturzereignisse gegenüber den Vorjahren
☐	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).		
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Sturzprotokoll
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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:	

Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐	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).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitseinschränkende 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 2010 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	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐	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).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐	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).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Komplikationen
Was wird gemessen?	Auftretende postoperative Komplikationen bei stationären Patienten

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Komplikationsrate 0.79%	Abnahme der Komplikationen gegenüber den Vorjahren

☐	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).

☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .
--------------------------	---

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes: Postoperative Komplikationen
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Bemerkungen			

Legende:

¹ **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung

² **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System

³ **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2010
C=Einführung im Berichtsjahr 2010



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 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	2000	2010	nächste Rezertifizierung 2013

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Erfassen von Sturzereignissen	Reduktion der Patientenstürze in der Klinik	gesamte Klinik	laufend seit 1999
Prävalenzstudie nosokomialer Infekte	Reduktion / Vermeidung nosokomialer Infekte in der Klinik	gesamte Klinik	laufend seit 1999
Schulungen / Weiterbildungen	Laufende Aktualisierung und Steigerung des allgemeinen, betriebs- und fachspezifischen Wissens aller Mitarbeitenden	gesamte Klinik	laufend seit 2000
Sicherheitsmanagement	Schulung aller Mitarbeitenden bezüglich aller relevanten Sicherheitsvorkehrungen wie z.B. Reanimation, Hygienemassnahmen, Sicherheit und Brandverhütung	gesamte Klinik	laufend seit 2002
Erfassen von postoperativen Komplikationen	Reduktion / Vermeidung von postoperativen Komplikationen	gesamte Klinik	laufend seit 2006
Smart Change	Fördern und Umsetzen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und des Ideenmanagements	Hotellerie / Pflege / Anästhesie / Radiologie	laufend seit 2007
Fit für DRG	Die Behandlungspfade für alle relevanten Operationen, welche im Merian Iselin durchgeführt werden, sind definiert	Pflege, Physiotherapie, Sozialdienst, Finanzen & Controlling	12.2008 – 12.2011

Klinik-Informationssystem (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	04.2009 – 12.2011
Pflegearbeitsplatz 2010	Infrastruktur, Hardware und Software evaluieren und installieren. Reibungslose und effiziente Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation sicherstellen	Pflege	06.2009 – 09.2011
Beschwerdemanagement	Überarbeitung des bestehenden Beschwerdemanagements	gesamte Klinik	11.2010 – 12.2011
Bauliche Anpassungen bezüglich Prozessabläufe DRG	Optimierung der Prozessabläufe bei der Patientenaufnahme	gesamte Klinik	06.2011 – 12.2011
Zwei neuer OP-Säle	Optimierung Patientennutzen	Klinik Mitte	06.2011 – 12.2011
Prozessmanagement	Elektronische Abbildung und Überprüfung aller Prozesse in der Klinik	gesamte Klinik	01.2010 – 06.2012

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitel	CIRS (Critical Incident Reporting Systems)	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Vermeidung von kritischen Zwischenfällen in der Klinik	
Beschreibung	anonymisierte, elektronische Meldungen von Zwischenfällen oder Beinahe-Zwischenfällen, welche eine potenzielle Gefahr für Menschen oder Umwelt haben könnten, in oder im direkten Umfeld der Klinik, unter Miteinbezug der Belegärzteschaft	
Projektablauf / Methodik	Einsetzen einer interdisziplinären Projektgruppe unter Miteinbezug eines Belegarztes, Definieren der Rollen im CIRS, Erarbeiten eines Prozesses, Evaluation einer für uns geeigneten Software, Anpassung der Software an unsere individuellen Bedürfnisse, Schulung aller Mitarbeitenden der Klinik, Einführung und „go live“ von CIRS in der gesamten Klinik	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen unserer Klinik	
Projektevaluation / Konsequenzen	CIRS hat sich im Praxisalltag unserer Klinik bestens bewährt und ist bereits sehr gut verankert. Mitarbeitende und Belegärzte nutzen unser Instrument und so können wir bereits erste Erfolge verzeichnen bezüglich Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen	
Weiterführende Unterlagen	auf Anfrage	

F

Schlusswort und Ausblick

Qualität, insbesondere in einer hochspezialisierten Belegarztklinik, ist zu einem zentralen Element 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 noch keineswegs geregelt ist, wird das Merian Iselin Schritt für Schritt sein erreichtes Qualitätsniveau weiter ausbauen und vertiefen.

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HOPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualittsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Handbuch H+qualität® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Q**ualittsmonitoring **B**asel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualität® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualit dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch <http://www.anq.ch>