



MERIAN ISELIN

*Klinik für Orthopädie
und Chirurgie*

Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

20.05.2016
Stephan Fricker, CEO

Version



**Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und
Chirurgie**

www.merianiselin.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2015.

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 zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2015

Herr
Mario Grava
Leiter Qualitätsmanagement
+41 61 305 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 teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitaleintritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligten sich ebenfalls.

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

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) hnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methode / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen	11
4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.3.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
4.4 Registerübersicht	15
4.5 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	17
Befragungen	18
5 Patientenzufriedenheit	18
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	18
5.2 Eigene Befragung	20
5.2.1 Patientenzufriedenheit	20
5.3 Beschwerdemanagement	21
6 Mitarbeiterzufriedenheit	22
6.1 Eigene Befragung	22
6.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit	22
7 Zuweiserzufriedenheit	24
7.1 Eigene Befragung	24
7.1.1 Belegärztezufriedenheit	24
Behandlungsqualität	26
8 Wiedereintritte	26
8.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	26
9 Operationen	27
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	27
10 Infektionen	28
10.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	28
11 Stürze	30
11.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	30
12 Wundliegen	31
12.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	31
13 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	33
13.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	33
13.1.1 Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen	33
14 Weitere Qualitätsmessung	34
14.1 Weitere eigene Messung	34
14.1.1 Nosokomiale Infekte	34
14.1.2 Stürze	35
14.1.3 Komplikationen	36
15 Projekte im Detail	37

15.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	37
15.1.1	Zertifizierung der IMC.....	37
15.1.2	Händehygienecompliance.....	37
15.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015	37
15.2.1	Zertifizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2008.....	37
15.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte.....	37
15.3.1	Zertifizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2015.....	37
16	Schlusswort und Ausblick	38
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		39
Akutsomatik		39
Herausgeber		41

1 Einleitung

Die Merian Iselin Klinik ist das führende Gesundheitszentrum für Orthopädie und Chirurgie in der Nordwestschweiz. Als moderne Belegarkztklinik mit ca. 120 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 2015 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.

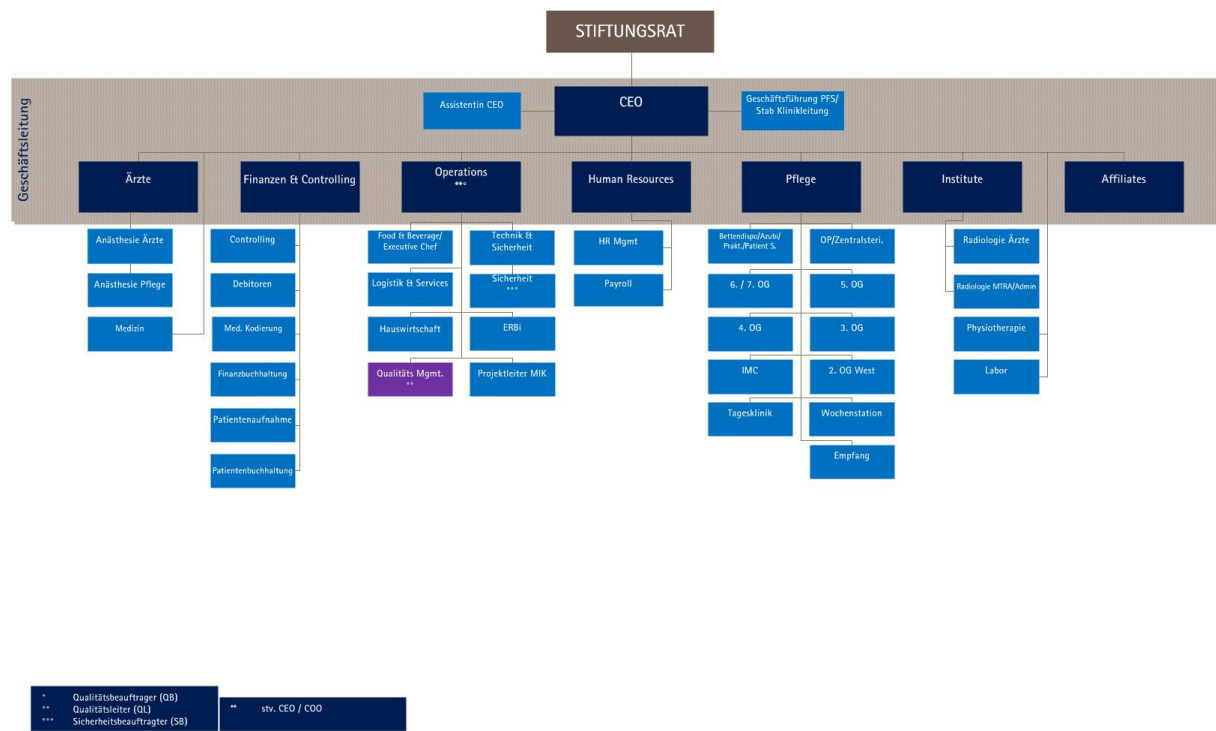
Die Merian Iselin Klinik ist deshalb Ihr idealer Partner zur Lösung medizinischer Probleme aus den Bereichen Orthopädie und Chirurgie. Informieren Sie sich unverbindlich über unsere Möglichkeiten und machen Sie sich ein Bild von der Leistungsfähigkeit der Merian Iselin Klinik.

www.merianiselin.ch

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt dem Bereich Operations unterstellt

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **160** Stellenprozente zur Verfügung.

Bemerkungen

Wichtige Qualitäts-Themen werden direkt in der Geschäftsleitung der Klinik diskutiert.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Mario Grava

Leiter Qualitätsmanagement

Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und

Chirurgie

+41 61 305 13 92

mario.grava@merianiselin.ch

3 Qualitätsstrategie

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 Unternehmensfokus 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 Norm ISO 9001.

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.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015

- Zertifizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2008
- Ausbau des Projekts "Care Flow"
- Konzeption des Bauprojekts in der Klinik West

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

- Erfolgreiche Zertifizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2008
- Ausbau des Projekts "Care Flow" ist realisiert
- Das Bauprojekt zur Neukonzeption der Klinik West inkl. "Private Wing" liegt ausführungsbereit vor und die Baubewilligung ist erteilt

3.3 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 Aufrechterhaltung der Zertifizierung nach der Norm ISO 9001:2008, bzw. 9001:2015.

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:

- Aufrechterhaltung des Zertifikats ISO 9001:2008, bzw. Neuzertifizierung nach 9001:2015 ist geplant
- Belegärztezufriedenheit - Umfrage ist lanciert
- Das Bauprojekt der Klinik West inkl. „Private Wing“ ist umzusetzen (2017)

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

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

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

4.2 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenzufriedenheit
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterzufriedenheit
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Belegärztezufriedenheit
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Nosokomiale Infekte
▪ Stürze
▪ Komplikationen

4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Care Flow

Ziel	Aktive Mitwirkung des Patienten bei einer komplikationsarmen und schnellen Wiedergewinnung von Aktivität und Lebensqualität vor und nach einem Hüft- oder Knie-TP-Eingriff
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	OP-Bereich, Anästhesie, Pflege, Physiotherapie, Belegärzte
Projekte: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Involvierte Berufsgruppen	OP-Bereich, Anästhesie, Pflege, Physiotherapie, Belegärzte
Evaluation Aktivität / Projekt	Care Flow ist sehr erfolgreich, womit es zu einem festen Bestandteil des Angebots in unserer Klinik geworden ist.
Weiterführende Unterlagen	Projektunterlagen bei der Klinikleitung abgelegt und dokumentiert

EasyLearn (Elektronisches Bildungssystem)

Ziel	Sicherstellung eines einheitlichen Wissensstandes aller Mitarbeitenden bezüglich ausgesuchter Ausbildungsinhalte
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeitenden der Klinik
Evaluation Aktivität / Projekt	Hat sich in der Klinik sehr gut bewährt.

Beschwerdemanagement

Ziel	Kontinuierliche Verbesserungsaktivitäten, Optimierung der Qualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeitenden der Klinik
Evaluation Aktivität / Projekt	Bewährte Systematik welche laufend optimiert wird.

Meldeportal

Ziel	Förderung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Elektronisches Tool zur Erfassung von CIRS, Ideen, internen Beschwerden und Dringlichkeitsmeldungen
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeitenden der Klinik
Evaluation Aktivität / Projekt	Hat sich in der Klinik sehr gut bewährt.

Klinik-Informationen-System

Ziel	Digitale Patientenakten und Qualitätssicherung auf Knopfdruck, Erfüllen der Vorschriften und Patientensicherheit erhöhen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeitenden der Klinik
Evaluation Aktivität / Projekt	Hat sich in der Klinik sehr gut bewährt.

Sicherheitsmanagement

Ziel	Schulung aller Mitarbeitenden bezüglich aller relevanten Sicherheitsvorkehrungen in der Klinik
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeitenden der Klinik
Evaluation Aktivität / Projekt	Bewährte Systematik welche laufend optimiert wird.

Patientenzufriedenheitserhebung mit internem Fragebogen

Ziel	Kontinuierliche Verbesserungsaktivitäten in der Klinik, Optimierung der Qualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Evaluation Aktivität / Projekt	Fester Bestandteil des QMS mit laufender Evaluation.

4.3.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2010 eingeführt.

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

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

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

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).

4.4 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iump.ch/ADS	2012
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	1999
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
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012

Bemerkungen

Diverse Belegärzte nehmen seit Jahren an unterschiedlichen Registern teil.

4.5 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2008	Gesamte Klinik	2015	2015	Rezertifizierung 2018
REKOLE	Finanzen & Controlling	2013	2013	Rezertifizierung 2017
The Swiss Leading Hospitals (SLH)	Gesamte Klinik	2000	2013	
ISO/IEC 17043	Labor	1997	2015	
QUALAB	Labor	1992	2015	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). 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. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.71	9.58	9.61	9.77 (9.68 - 9.86)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.50	9.42	9.47	9.60 (9.51 - 9.69)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.66	9.45	9.48	9.63 (9.52 - 9.74)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.38	9.38	9.36	9.54 (9.44 - 9.64)
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.71	9.72	9.68	9.83 (9.76 - 9.90)

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

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

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

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 2015 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie			
Anzahl angeschriebene Patienten 2015	488		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	304	Rücklauf in Prozent	62.3 %

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenzufriedenheit

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

Die Resultate werden einem Benchmark mit Kliniken der gesamten Schweiz unterzogen.

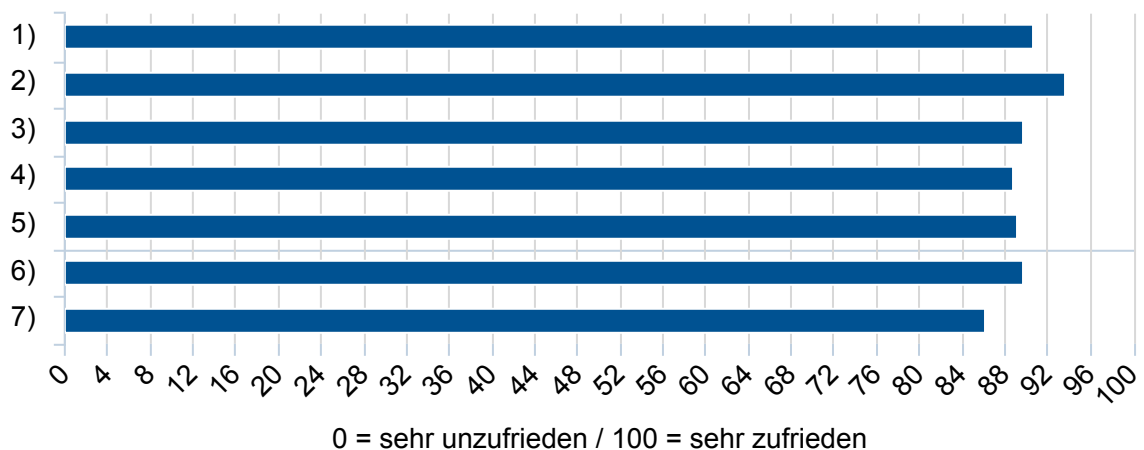
Die Messung findet jährlich statt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserer Klinik hatten (schriftliche Befragung kurz nach Austritt). Kinder wurden nicht befragt. Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamter Betrieb
- 2) Ärzte
- 3) Pflege
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



■ Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	90.60	93.60	89.70	88.70	89.20

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	89.70	86.20	688	58.30 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Messergebnisse sind seit vielen Jahren auf hohem Niveau stabil.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument

Bemerkungen

Das Spital misst die Patientenzufriedenheit permanent (mittels Zufallsstichprobe aus allen ausgetretenen Patienten = 1200 Patienten pro Jahr).

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie

Qualitätsmanagement

Mario Grava

Leiter Qualitätsmanagement

+41 61 305 13 92

mario.grava@merianiselin.ch

Montag bis Freitag jeweils von 07:00 bis

16:00 Uhr

Seit Mai 2012 existiert die unabhängige

„Ombudsstelle Spitäler“ der Vereinigung

Nordwestschweizer Spitäler (VNS)

6 Mitarbeiterzufriedenheit

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

6.1 Eigene Befragung

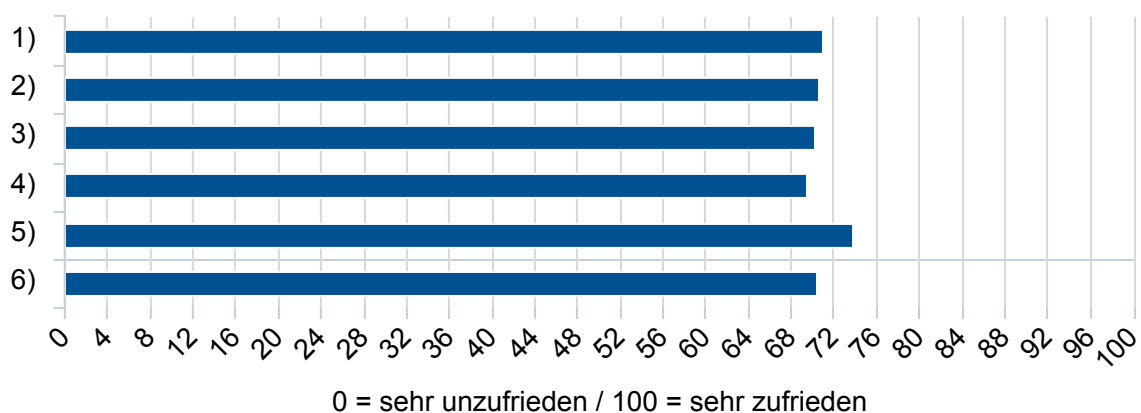
6.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert der Merian Iselin Klinik wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter die Klinik als Arbeitgeberin und ihre Arbeitssituation empfunden haben. Aus den Erkenntnissen werden Verbesserungspotentiale generiert, welche dann umgesetzt werden. Die Resultate werden einem Benchmark mit Kliniken der gesamten Schweiz unterzogen. Die kommende Messung findet 2017 statt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat April in allen Abteilungen durchgeführt. Alle Mitarbeitenden der Klinik wurden befragt. Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamter Betrieb
- 2) Ärzte
- 3) Pflegepersonal
- 4) Therapeuten
- 5) Hauswirtschaft
- 6) Verwaltung



■ Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	70.90	70.60	70.30	69.50	73.70

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen		Rücklaufquote %
	6)	Anzahl valide Fragebogen	
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	70.40	208	48.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

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

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument

7 Zuweiserzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Belegärztezufriedenheit

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

Die Merian Iselin Klinik misst die Zuweiser/Belegärzte-Zufriedenheit seit 2004 alle 3 Jahre. Bisher wurden die stets sehr guten Ergebnisse bei jeder durchgeführten Messung bestätigt.

Die Resultate werden einem Benchmark mit Kliniken der gesamten Schweiz unterzogen.

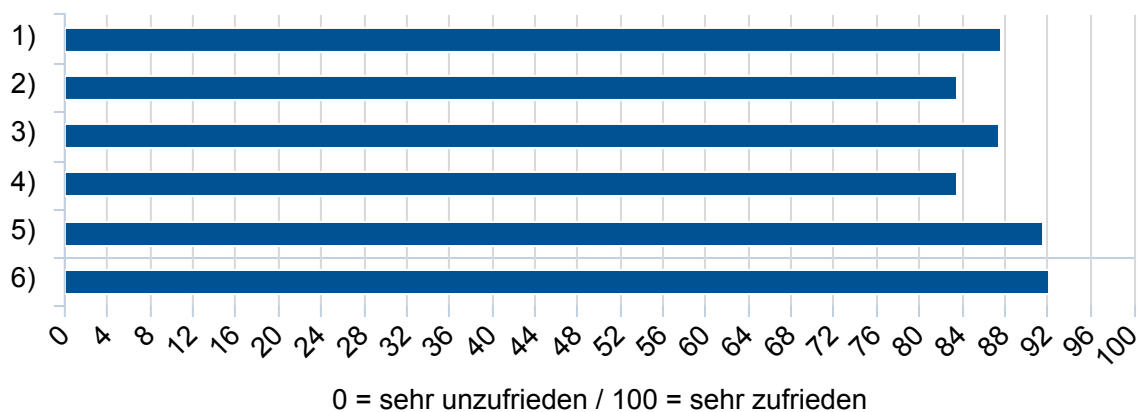
Die kommende Messung findet 2016 statt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 15. April 2013 bis 31. Mai 2013 in allen Abteilungen durchgeführt.

Alle Belegärzte wurden befragt. Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamter Betrieb
- 2) Infrastruktur
- 3) Klinikleitung
- 4) Anmeldeprozess
- 5) Schnittstellen
- 6) Patientenzufr. / Image



■ Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	87.70	83.60	87.50	83.60	91.60

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	92.10	63	50.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Belegärztefragebogen

Behandlungsqualität

8 Wiedereintritte

8.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist, 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

Messergebnisse

		2012	2013	2014	2015
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie					
Beobachtete Rate	Intern:	0.84%	0.39%	0.55%	0.20%
	Extern:	0.41%	0.41%	0.75%	0.65%
Erwartete Rate (CI* = 95%)		2.28%	2.08%	2.08%	2.03% (1.89% - 2.16%)
Ergebnis** (A, B oder C)		A	A	A	A

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

** Wertung der Ergebnisse:

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.

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 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.
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie		
Anzahl auswertbare Austritte 2015:		4446

9 Operationen

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei werden Routinedaten 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

Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie				
Beobachtete Rate	1.40%	0.49%	0.36%	0.34%
Erwartete Rate (CI* = 95%)	1.82%	1.41%	1.28%	1.24% (1.08% - 1.39%)
Ergebnis** (A, B oder C)	A	A	A	A

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

** Wertung der Ergebnisse:

- 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.

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 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 chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie		
Anzahl auswertbare Operationen 2015:	5529	

10 Infektionen

10.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und 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. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herz-chirurgischen Eingriffen) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:

- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
- Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2013 – 30. September 2014

Ergebnisse der Inspektion des 11. Oktober 2014 bis 30. September 2014						
Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2014 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2014 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2014 (CI*)
			2011	2012	2013	
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	84	0	1.30%	1.30%	1.30%	0.00% (0.00% - 4.30%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	103	0	1.20%	1.80%	0.00%	0.00% (0.00% - 3.50%)

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse 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 Qualitätsaktivitäten

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 Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

11 Stürze

11.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	1	1	2	0
In Prozent	1.10%	1.20%	2.60%	0.00%

Bei den hier publizierten Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären 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 gesetzlichen 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.	
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	102	Anteil in Prozent (Antwortrate)	85.00%

12 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.

12.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen.

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.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Vorjahreswerte					Anzahl Erwachsene mit Dekubitus im 2015	In Prozent
2012	2013	2014				
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1-4	3	1	2	0	0.00%
	ohne Kategorie 1	1	1	0	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	2	0	1	0	0.00%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0	0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	0	0	1	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	1	1	0	0	0.00%

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen 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.	
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	102	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	85.00%

13 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

13.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

13.1.1 Prävalenzmessung Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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.
Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt.

Diese Messung haben wir im Monat November in allen Abteilungen durchgeführt.
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 gesetzlichen Vertretung.

Ausschlusskriterien: Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. Tagesklinik und ambulanter Bereich.

Anzahl freiheitsbeschränkende Massnahmen 0 = 0.0%

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Kein Handlungsbedarf da die sehr guten Ergebnisse der vergangenen Jahre bestätigt wurden.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen (LPZ)
---	---

Bemerkungen

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht risikoadjustierte Daten.

14 Weitere Qualitätsmessung

14.1 Weitere eigene Messung

14.1.1 Nosokomiale Infekte

Seit 1999 führt die Abteilung für Infektiologie & Spitalhygiene des Universitätsspitals Basel mit der Merian Iselin Klinik eine jährliche Prävalenzstudie nosokomialer Infekte durch. Ziel der Studie ist es, alle in der Klinik erworbenen Infektionen und deren Risikofaktoren bei hospitalisierten Patienten zu einem definierten Zeitpunkt zu erfassen.

Diese Messung haben wir vom 10. März 2015 bis 12. März 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Messergebnisse:

- Anzahl nosokomialer Infekte: 0 (null)

Angaben zum untersuchten Kollektiv

- *Einschlusskriterien:* Alle Patienten, welche mindestens 24 Stunden hospitalisiert waren während den 3 Erhebungstagen
- *Ausschlusskriterien:* Ambulante Patienten
- *Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten:* 92 = 100%

Die Prävalenzstudie ist eine Momentaufnahme und die Interpretation sollte in Zusammenhang mit den Vorjahren vorgenommen werden. Bereits seit 2010 ist die nosokomiale Infektionsrate in der Merian Iselin Klinik auf einem sehr tiefen und konstanten Niveau von 0 – 1%. Das diesjährige Resultat mit keinem einzigen nosokomialen Infekt passt in das gute Bild und Entwicklung der letzten Jahre.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die sehr guten Ergebnisse der Vorjahre wurden wiederum bestätigt.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Universitätsspital Basel, Abteilung für Infektiologie und Spitalhygiene
Methode / Instrument	Prävalenzstudie (CDC-Kriterien)

14.1.2 Stürze

Seit 1999 werden in der Merian Iselin Klinik alle sich in der Klinik ereigneten Stürze (stationäre Patienten) nach folgender Definition erfasst: Sturz = Unfreiwilliges und/oder unkontrolliertes zu Boden sinken.

Dieses interne Messinstrument gilt als Frühwarnsystem um mit gezielten Massnahmen Stürze zu vermeiden und damit die Sicherheit der Patienten zu erhöhen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

- *Einschlusskriterien:* Alle stationären Patienten
- *Ausschlusskriterien:* Ambulante Patienten
- *Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten:* 6882 = 100%

Messergebnisse

- *Anzahl Stürze:* 65 = 0.94%
- *Anzahl der Behandlungsfolgen:* 17 = 0.24%
- *Anzahl ohne Behandlungsfolgen:* 48 = 0.70%

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die guten Ergebnisse der vergangenen Messungen wurden wiederum bestätigt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzprotokoll
---	----------------

Bemerkungen

Jeder Sturz wird erfasst. Dies bedeutet, dass wenn ein Patient mehrere Male stürzt, jeder Sturz als 1 Sturz gilt

14.1.3 Komplikationen

Mit dieser Messung werden auftretende postoperative Komplikationen bei stationären Patienten erfasst.

Es werden Komplikationen erfasst, z.B Ileus, Spannungsblasen, Thrombosen, Embolien, Sepsis, Pneumonien und/oder Wundheilungsstörungen, etc.

Dieses interne Messinstrument gilt als Frühwarnsystem um mit gezielten Massnahmen das kumulative Auftreten von Komplikationen zu verhindern und damit die Sicherheit der Patienten zu erhöhen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

- *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%

Messergebnisse

- 49 Komplikationen = 0.71%

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Internes Messinstrument im Sinne eines „Frühwarnsystems“.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Postoperative Komplikationen
---	------------------------------

Bemerkungen

Von unseren insgesamt 6'882 untersuchten stationären Patienten hatten 55 keinen operativen Eingriff

15 Projekte im Detail

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

15.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

15.1.1 Zertifizierung der IMC

- **Projektart:** Internes Projekt
- **Projektziel:** Erfüllung der geforderten Standards, Erhöhung der Qualität und der Patientensicherheit
- **Projektablauf / Methodik:** Analyse/Vorbereitung, Lösungen erarbeiten und Implementierung in die IMC, Pilotierung und anschliessende Evaluation
- **Involvierte Berufsgruppen:** IMC und Anästhesie
- **Projektevaluation / Konsequenzen:** laufendes Projekt

15.1.2 Händehygiene compliance

- **Projektart:** Internes Projekt
- **Projektziel:** Erfassung der Händehygiene, Erhöhung der Compliance, Erhöhung der Patientensicherheit
- **Projektablauf / Methodik:** Händehygiene Gelegenheiten um Compliance zu messen (mindestens 400 Beobachtungen jährlich)
- **Involvierte Berufsgruppen:** Ärzte, Pflege, Therapeuten, Hauswirtschaft
- **Projektevaluation / Konsequenzen:** Der erwartete Gesamtzielwert von 70% Compliance wurde noch nicht vollständig erreicht. Ein Paket von Massnahmen wurde lanciert um die Compliance kontinuierlich zu erhöhen.

15.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

15.2.1 Zertifizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2008

- **Projektart:** Internes Projekt
- **Projektziel:** Erlangung des Zertifikats ISO 9001:2008
- **Projektablauf / Methodik:** Analyse/Vorbereitung, Lösungen erarbeiten und Implementierung in der Klinik, Pilotierung und anschliessende Evaluation
- **Involvierte Berufsgruppen:** Alle Mitarbeitenden der gesamten Klinik
- **Projektevaluation / Konsequenzen:** Sämtliche Ziele wurden umgesetzt und anschliessend das Projekt gesamthaft evaluiert. Das Qualitätsdenken und -handeln hat sich in allen Bereichen erfolgreich etabliert, womit es zu einem festen Bestandteil der Kultur in unserer Klinik geworden ist. Die Evaluation wird weitergeführt und bei Bedarf werden Optimierungsmassnahmen eingeleitet.

15.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

15.3.1 Zertifizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2015

- **Projektart:** Internes Projekt
- **Projektziel:** Erlangung des Zertifikats ISO 9001:2015
- **Projektablauf / Methodik:** GAP-Analyse/Vorbereitung, Lösungen erarbeiten und Implementierung in der Klinik, Pilotierung und anschliessende Evaluation
- **Involvierte Berufsgruppen:** Alle Mitarbeitenden der gesamten Klinik
- **Projektevaluation / Konsequenzen:** Laufendes Projekt

16 Schlusswort und Ausblick

Qualität, insbesondere in einer stark spezialisierten Belegarkztambulanz, 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.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot. Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

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

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

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Blut (Hämatologie)
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie

Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Knochentumore
Plexuschirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq 2000\text{g}$)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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 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**).



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

Siehe auch: www.anq.ch