



MERIAN ISELIN

*Klinik für Orthopädie
und Chirurgie*

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

30.05.2018
Stephan Fricker, CEO

Version 1



**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 2017.

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2017

Herr
Mario Grava
Leitung Qualitätsmanagement
+41 61 305 13 92
mario.grava@merianiselin.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



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 2017	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	9
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 kantonale vorgegebenen Messungen	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
4.5 Registerübersicht	15
4.6 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 Angehörigenzufriedenheit	
Wir haben nur ganz vereinzelt Kinder und/oder Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsbefragung nicht zulässt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	22
7.1 Eigene Befragung	22
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit	22
8 Zuweiserzufriedenheit	24
8.1 Eigene Befragung	24
8.1.1 Belegärztezufriedenheit	24
Behandlungsqualität	25
9 Wiedereintritte	25
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	25
10 Operationen	27
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	27
11 Infektionen	28
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	28
12 Stürze	30
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	30
13 Wundliegen	32
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	32
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	

	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	34
17.1	Weitere eigene Messungen	34
17.1.1	Nosokomiale Infekte	34
17.1.2	Stürze.....	35
17.1.3	Komplikationen.....	36
18	Projekte im Detail	37
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	37
18.1.1	Händehygiene-compliance.....	37
18.1.2	Zusammenführung und Optimierung Patientenaufnahme und Patienten Service	37
18.1.3	Ortho-Notfall.....	37
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	37
18.2.1	Inbetriebnahme Premium Gold	37
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	38
18.3.1	Zertifizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2015.....	38
18.3.2	Rezertifizierung REKOLE.....	38
19	Schlusswort und Ausblick	39
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		40
Akutsomatik		40
Anhang 2		
Herausgeber		42

1 Einleitung

Die Merian Iselin Klinik ist das führende Gesundheitszentrum für Orthopädie und Chirurgie in der Nordwestschweiz. Als moderne Belegärztklinik 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 (zunehmend auch in der Urologie) 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 9 auf dem neusten Stand der Technik ausgestatteten Operationssälen in der Lage, jährlich mehr als 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. Die Radiologie ist mit modernster bildgebender Ausrüstung (2 MRI, davon ein 3-Tesla-System, hochauflösender CT, Angio und weitere digitale Röntgenverfahren) bestückt, zudem verfügen wir über ein effizientes, gut dotiertes Labor. Im Bereich Physiotherapie werden Sie als Patientin oder Patient entweder stationär oder ambulant qualitativ hochstehend und menschlich betreut und behandelt.

Modernes Design, neuste Technik und eine hervorragende Hotellerie (neu auch mit "Premium Gold") 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 (ab 2018 ISO Norm 9001:2015) 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.

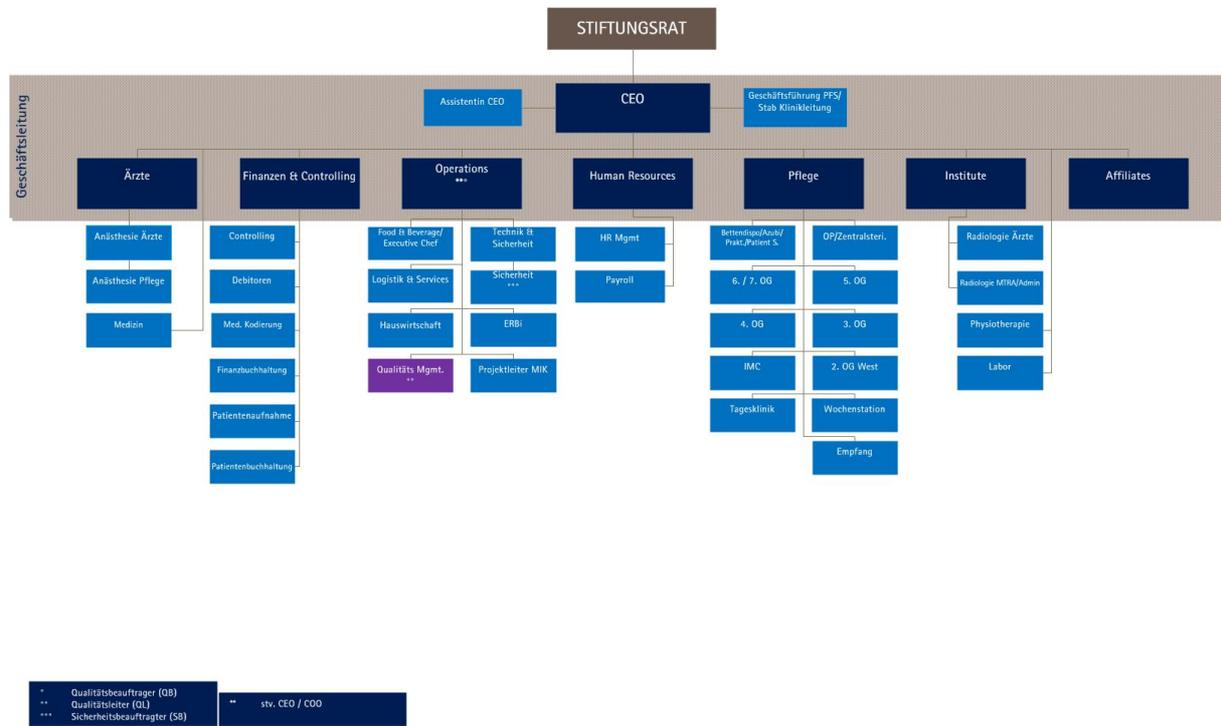
Die Merian Iselin Klinik ist deshalb Ihr idealer Partner zur Lösung medizinischer Probleme aus den Bereichen Orthopädie und Chirurgie. Informieren Sie sich unverbindlich über unsere Möglichkeiten und machen Sie sich ein Bild von der Leistungsfähigkeit der Merian Iselin Klinik.

www.merianiselin.ch

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



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

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **170** Stellenprozente zur Verfügung.

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 Unternehmensfocus 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 fortlaufenden Qualitätsverbesserungsprozess wird über das Engagement aller Mitarbeitenden auf allen Ebenen und unter Einbezug unserer Belegärzte die Qualität unserer Dienstleistungen permanent optimiert, dies im Einklang mit der Strategie 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 früh erkannt und mittels geeigneter Massnahmen vermieden werden.

Nach 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.

Zudem führen wir periodisch Befragungen hinsichtlich Zufriedenheit bei unseren Patienten, unseren Mitarbeitenden sowie unseren Belegärzten durch. Die Ergebnisse ermöglichen einen Benchmark mit anderen Institutionen und 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 2017

- Konzeption Ortho Notfall
- Betriebsaufnahme Aufnahmestation
- Betriebsaufnahme "Premium Gold" in der Klinik West
- Betriebsaufnahme 9. Operationssaal
- Weiterentwicklung der Medikationssicherheit
- Zufriedenheitsbefragung der Mitarbeitenden

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

- Inbetriebnahme "Premium Gold" in der Klinik West
- Inbetriebnahme des 9. Operationssaals
- Inbetriebnahme neue IMC / AWR
- Diverse Massnahmen bezüglich Medikationssicherheit wurden umgesetzt
- Durchführung der Mitarbeiterbefragung

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualität ist und bleibt 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 dabei, die messbare und erlebbare Qualität in unserer Spezialklinik weiter zu dokumentieren und 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 uns diese Qualitätsindikatoren 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. Qualitäts-Newsletter sowie punktuelle und zielgerichtete Qualitäts-Weiterbildungen runden das Gesamtbild ab.

Qualitätsziele der kommenden Jahre sind unter anderem:

- Neuzertifizierung nach ISO 9001:2015 (04/2018)
- Das Bauprojekt Klinik Ost mit neuer Fassade ist umzusetzen (10/2018)
- Aufbau und Betrieb von Ortho-Notfall (02/2018)
- Regelmässige Messungen der Patienten-, Belegärzte-, und Mitarbeiterzufriedenheit - Umfragen sind lanciert

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
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Indikations- und Ergebnisqualitätsmessung bei Erstimplantation und Revision von Hüft- und Knie-Totalendprothesen (COMI-Fragebogen)

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenzufriedenheit
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterzufriedenheit

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
▪ Nosokomiale Infekte
▪ Stürze
▪ Komplikationen

4.4 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.

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 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. Das CIRS-System ist mittels eines klinikexterner Zugang für unsere Belegärzte zugänglich und nutzbar.

4.5 Registerübersicht

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

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

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.iumsp.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 zusätzlichen unterschiedlichen Registern teil.

4.6 Zertifizierungsübersicht

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

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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

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

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.29 (4.20 - 4.38)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.65 (4.56 - 4.74)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.71 (4.62 - 4.79)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.69 (4.58 - 4.81)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.18 (4.08 - 4.29)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	93.20 %

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

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

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

Angaben zur Messung			
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 2016	505		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	284	Rücklauf in Prozent	56 %

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 vom Januar 2017 bis Dezember 2017 durchgeführt.

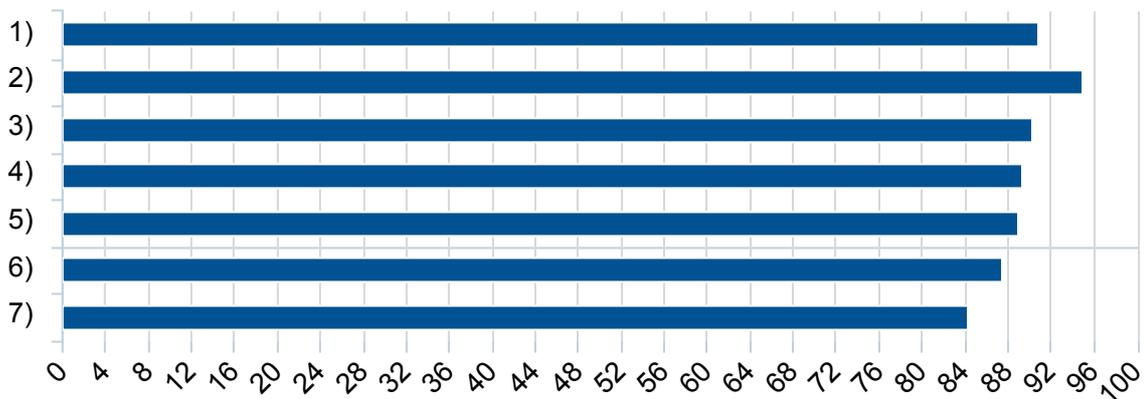
Diese Befragung haben wir im Jahr 2017 in allen Abteilungen durchgeführt.

Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserer Klinik hatten (schriftliche Befragung ca. 14 Tagen 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



0 = sehr unzufrieden / 100 = sehr zufrieden

■ 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	90.90	95.00	90.30	89.40	89.00

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	87.50	84.30	634	53.30 %

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

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument

Bemerkungen

Die Klinik misst die Patientenzufriedenheit permanent (mittels Zufallsstichprobe von 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)

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

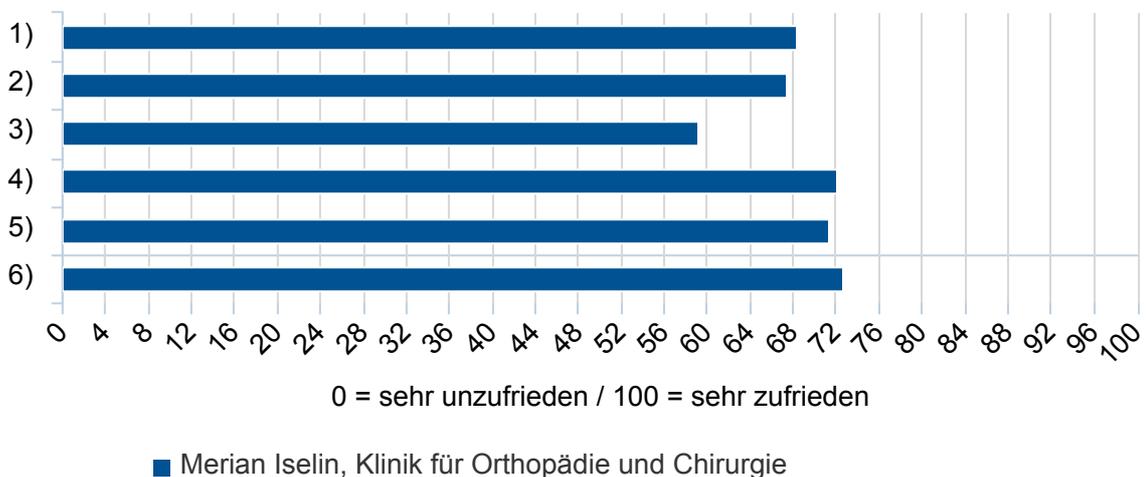
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

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 im Herbst 2019 statt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom November 2017 bis Dezember 2017 durchgeführt. Alle Mitarbeitenden der Klinik wurden befragt. 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



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	68.40	67.50	59.10	72.10	71.30

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	72.60	221	50.00 %

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument

8 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.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 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.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2019.

Alle Belegärzte werden befragt.

Alle Belegärzte wurden befragt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Belegärztefragebogen

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse		2013	2014	2015	2016**
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie					
Beobachtete Rate	Intern:	0.55%	0.20%	0.47%	-
	Extern:	0.75%	0.65%	0.82%	-
Erwartete Rate		2.08%	2.03%	1.99%	-
Verhältnis der Raten***		0.63	0.42	0.65	

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Aufgrund der geänderten Ergebnisausweise des ANQs können die Ergebnisse nicht ausgewiesen werden.

Angaben zur Messung	
Nationales 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:		

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

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

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

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse	2013	2014	2015	2016 **
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie				
Beobachtete Rate	0.36%	0.34%	0.39%	0.51%
Erwartete Rate	1.28%	1.24%	1.30%	1.24%
Verhältnis der Raten***	0.28	0.27	0.3	0.51

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

Angaben zur Messung	
Nationales 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 Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie		
Anzahl auswertbare Operationen:	5252	

11 Infektionen

11.1 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 Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind 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, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) 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:
▪ Hernienoperationen
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie						
Hernienoperationen	128	0	-	-	-	0.00% (0.00% - 2.80%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	87	1	1.30%	0.00%	1.10%	1.20% (0.00% - 3.50%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	101	0	0.00%	0.00%	1.90%	0.00% (0.00% - 3.60%)

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die sehr guten Ergebnisse der vergangenen Messungen wurden wiederum bestätigt.

Angaben zur Messung

Nationales 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.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

	2014	2015	2016	2017
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	0	0	
In Prozent	2.60%	0.00%	0.00%	-

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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 Messergebnisse aus dem aktuellen Jahr stehen noch nicht zur Verfügung.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

Bemerkungen

Die Messergebnisse aus dem aktuellen Jahr stehen noch nicht zur Verfügung.

13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	2		-

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Messergebnisse aus dem aktuellen Jahr stehen noch nicht zur Verfügung.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

Bemerkungen

Die Messergebnisse aus dem aktuellen Jahr stehen noch nicht zur Verfügung.

17

17.1 Weitere eigene Messungen**17.1.1 Nosokomiale Infekte**

Seit 1999 führt die Abteilung für Infektiologie und 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 zur einen definierten Zeitpunkt zu erfassen.

Diese Messung haben wir vom 29. März 2017 bis 30. März 2017 durchgeführt. Die Messung findet auf allen Pflegestationen statt.

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:* 100 = 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%.

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

17.1.2 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 vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 durchgeführt.

Diese Messung findet stets auf allen Abteilungen statt.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

- *Einschlusskriterien:* Alle stationären Patienten
- *Ausschlusskriterien:* Ambulante Patienten
- *Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten:* 7308 = 100%

Messergebnisse

- *Anzahl Stürze:* 46 = 0.6%
- *Anzahl der Behandlungsfolgen:* 15 = 0.23%
- *Anzahl ohne Behandlungsfolgen:* 31 = 0.64%

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

17.1.3 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 vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 durchgeführt.

Diese Messung haben wir auf 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:* 7281 = 100%

Messergebnisse

- 10 Komplikationen = 0.14%

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Internes Messinstrument im Sinne eines „Frühwarnsystems“.

Angaben zur Messung

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

Bemerkungen

Von unseren insgesamt 7308 untersuchten stationären Patienten hatten 27 keinen operativen Eingriff

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Händehygienecompliance

- **Projektart:** Internes Projekt
- **Projektziel:** Erfassung der Händehygiene, Erhöhung der Compliance, Erhöhung der Patientensicherheit
- **Projektlauf / Methodik:** Händehygiene Gelegenheiten um Compliance zu messen (mindestens 400 Beobachtungen jährlich)
- **Involvierte Berufsgruppen:** Hygiene, Ärzte, Pflege, Therapeuten, Hauswirtschaft
- **Projektergebnis / Konsequenzen:** Der erwartete Gesamtzielwert von 70% Compliance wurde 2017 erreicht. Ein Paket von Massnahmen wurde lanciert um die Compliance kontinuierlich zu erhöhen.

18.1.2 Zusammenführung und Optimierung Patientenaufnahme und Patienten Service

Projektart: Internes Projekt

- **Projektziel:** Schaffung eines Kompetenzzentrums „präoperative Abklärungen“, Erhöhung der Qualität in den Anästhesie-/Pflegeprozessen, Abbau von Redundanzen
- **Projektlauf / Methodik:** Analyse/Vorbereitung, Lösungen erarbeiten und Implementierung, Pilotierung und anschliessende Evaluation
- **Involvierte Berufsgruppen:** Patientenaufnahme, Patienten Service, Anästhesie, Pflege, Hygiene, Labor
- **Projektergebnis / Konsequenzen:** laufendes Projekt

18.1.3 Ortho-Notfall

- **Projektart:** Internes Projekt
- **Projektziel:**Eröffnung einer orthopädischtraumatologischen Permanence. Weiterer Schritt zur Komplettierung des orthopädischen Zentrums Merian Iselin Klinik. Erstellung einer Zusatzleistung und Drehscheibenfunktion für unsere orthopädisch tätigen Belegärzte
- **Projektlauf / Methodik:** Definition des Leitungsspektrums, Einbindung der Belegärzteschaft, Räumlichkeiten und Ausstattung definieren, Prozesse inkl. Schnittstellen definieren, bauliche Anpassungen realisieren, Umsetzung und anschliessende Evaluation.
- **Involvierte Berufsgruppen:** Alle Bereiche der Klinik (u.a. OP, Pflege, Radiologie, Labor)
- **Projektergebnis / Konsequenzen:** laufendes Projekt

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Inbetriebnahme Premium Gold

- **Projektart:** Internes Projekt
- **Projektziel:**Inbetriebnahme eines exklusiven Klinikbereichs für Privatversicherte Patientinnen und Patienten.
- **Projektlauf / Methodik:** Definition Soll-Prozesse unter Einbezug aller Beteiligten, Erstellung eines Soll-Konzepts, weiteres Vorgehen erarbeiten und festlegen, Umsetzung und anschliessende Evaluation.
- **Involvierte Berufsgruppen:** Alle Bereiche der Klinik mit direktem Patientenkontakt
- **Projektergebnis / Konsequenzen:** Definierte Soll-Prozesse wurden mit allen Beteiligten erstellt und implementiert. Anpassungen im laufenden Betrieb vornehmen und evaluierte Verbesserungen umsetzen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2015

Projektart: Internes Projekt

- **Projektziel:** Erlangung des Zertifikats ISO 9001:2015
- **Projektlauf / Methodik:** Analyse/Vorbereitung, Lösungen erarbeiten und Implementierung in der gesamten Klinik, Pilotierung und anschliessende Evaluation
- **Involvierte Berufsgruppen:** alle Mitarbeitenden der gesamten Klinik
- **Projektergebnis / Konsequenzen:** laufendes Projekt, Umsetzung im 2018 geplant

18.3.2 Rezertifizierung REKOLE

Projektart: Internes Projekt

- **Projektziel:** Aufrechterhaltung des Zertifikats REKOLE
- **Projektlauf / Methodik:** Analyse/Vorbereitung, Lösungen erarbeiten und Implementierung in der Klinik, Pilotierung und anschliessende Evaluation
- **Involvierte Berufsgruppen:** Finanzen und Controlling, Kostenstellenverantwortliche
- **Projektergebnis / Konsequenzen:** laufendes Projekt

19 Schlusswort und Ausblick

Qualität, insbesondere in einer stark spezialisierten Belegarztambulanz, 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.

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

Angeborene 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
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
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
Plexuschirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma

Bemerkungen

Die hier aufgeführten Leistungsgruppen stimmen teilweise nicht mit dem aktuellen Leistungsangebot der Merian Iselin Klinik überein. Diese Daten stammen aus der Medizinischen Statistik (BFS) 2015, welche jeweils rückwirkend durch das BFS veröffentlicht wird, somit entziehen sie sich unserer Einflussnahme.

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.

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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



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**).