

Qualitätsbericht 2008

AKUTSOMATIK
Berichtsperiode: 2008



MERIAN ISELIN

*Klinik für Orthopädie
und Chirurgie*

Merian Iselin
Klinik für Orthopädie und Chirurgie
Föhrenstrasse 2
4009 Basel

Nach den Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Einleitung	3
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick	4
3.1	Kontaktangaben	4
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	4
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital	4
4	Kennzahlen	5
4.1	Versorgungsstufe	5
4.2	Personalressourcen	5
4.3	Fallzahlen	5
4.4	Weitere Leistungskennzahlen	6
4.5	Top Ten-Diagnose stationär	6
4.6	Top Ten- Eingriffe	7
4.7	Altersstatistik	7
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	8
4.9	Mortalitätszahlen	8
4.9.1	Spitaleigene Mortalitätserhebung	8
4.9.2	Mortalitätszahlen BAG / Helios	8
4.9.3	Umgang mit Todesfällen im Spital	8
5	Zufriedenheitsmessungen	9
5.1	Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen	9
5.1.1	Gesamtzufriedenheitsmessung	9
5.1.2	Detaillierter Ausweis	9
5.2	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	9
5.2.1	Gesamtzufriedenheitsmessung	9
5.3	Mitarbeiterzufriedenheit	10
5.4	Zuweiserzufriedenheit	10
6	Qualitätsindikatoren	11
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	11
6.1.1	Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape	11
6.1.2	Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation	11
6.2	Infektionen	11
6.2.1	Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ	11
6.2.2	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	12
6.2.3	Präventionsmassnahmen	12
6.3	Komplikationen	12
6.3.1	Beteiligung an Messprogrammen	12
6.3.2	Präventionsmassnahmen	13
6.4	Pflegeindikator „Stürze“	13
6.4.1	Beteiligung an Messprogrammen	13
6.4.2	Präventionsmassnahmen	13
6.5	Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)	14
6.5.1	Beteiligung an anderen Messprogrammen	14
6.5.2	Präventionsmassnahmen	14
6.6	Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren	14
7	Qualitätsaktivitäten	15
7.1	Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard	15
7.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten	15
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	15
8	Schlusswort und Ausblick	16
9	Ausgewählte Qualitätsprojekte	17

2 Einleitung

Merian Iselin, die Klinik für Orthopädie und Chirurgie, ist eine hochmoderne, kundenorientierte privatwirtschaftlich geführte Klinik in der Region Nordwestschweiz. Kern unseres Angebots sind stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen auf höchstem Qualitätsniveau. Mit mehr als 7000 Eingriffen pro Jahr sind wir eine der drei grössten privaten Kliniken der Region. Wir bieten umfassende ärztlich-pflegerische Erfahrung, Spitzentechnologie sowie hochstehende Serviceleistungen für unsere Patientinnen und Patienten.

Qualitätssicherung durch Schulung

Qualität und Fachkompetenz sind zwei der zentralen Kriterien, die das Urteil von Patientinnen und Patienten über eine Klinik beeinflussen. Zur Erreichung höchster Standards tragen unsere Auswahlprozesse für neue Mitarbeitende sowie unsere internen Schulungsprogramme entscheidend bei. Die sorgfältige Ausbildung im Einklang mit unserem Leitbild stellt eine kontinuierliche Qualitätssicherung auf allen Ebenen unseres Unternehmens sicher.

Unser medizinisches Leistungsangebot

Schwerpunkte des Merian Iselin liegen in der orthopädischen Chirurgie, der Urologie, der Chirurgie, der HNO, der plastischen und der wiederherstellenden Chirurgie sowie der Sportmedizin. Insbesondere bei der orthopädischen Chirurgie gehören die chirurgischen Leistungen unserer Belegärzte zum Besten, was die Schweiz zu bieten hat. Arthroskopische und minimalinvasive Eingriffe, kombiniert mit modernsten Anästhesieverfahren, garantieren einen möglichst kurzen Klinikaufenthalt. Bestausgebildete und erfahrene Teams sowie 6 modernste OPs stehen Ihnen zur Verfügung.

Diagnostik und therapeutische Nachbehandlung

Unser Institut für Radiologie verfügt über die wichtigsten bildgebenden Verfahren wie Magnetresonanz- und Computertomographie (MRI und CT), Sonografie, aber auch Mammografie und interventionelle Angioradiologie. Somit sind wir jederzeit in der Lage, die diagnostische Arbeit entscheidend zu unterstützen. Eine logische Ergänzung unserer Schwerpunkte Orthopädie und Sportmedizin ist auch eine umfassende Nachbetreuung der Patienten durch unser Team von erfahrenen Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Sie begleiten die Patienten sowohl bei einem stationären Klinikaufenthalt als auch ambulant bis zur vollständigen Genesung.

Vernetzung als Schlüssel zum Erfolg

Wer im heutigen Gesundheitswesen Erfolg haben will, ist gezwungen, sich auf allen Ebenen zu vernetzen. Das Merian Iselin praktiziert dies in hohem Masse. Ob mit anderen Kliniken, mit einer engagierten Ärzteschaft oder auf nationaler und internationaler Ebene.

Der Patient im Zentrum

Als marktorientiertes Unternehmen richten sich unsere Leistungen nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Neue Patientenzimmer, modernste Kommunikationstechnologie, beste Pflege durch ein qualifiziertes Team sowie individuelle patientengerechte Verpflegung lassen keine Wünsche offen. Das Merian Iselin ist an vorderster Front, wenn neue Standards gesetzt werden. Wir kennen die Anforderungen und Qualitätsmassstäbe, die für den Erfolg einer modernen Klinik unterlässlich sind.

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Mario Grava	061 305 13 92	mario.grava@merianiselin.ch	Leiter Qualitätsmanagement
Stephan Fricker	061 305 12 10	stephan.fricker@merianiselin.ch	CEO

3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Titel, Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Mario Grava	061 305 13 92	mario.grava@merianiselin.ch	Leiter Qualitätsmanagement

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsstelle in die Organisation des Merian Iselin integriert. Der Leiter Qualitätsmanagement ist dem CEO direkt unterstellt. Letzterer vertritt, in seiner Position als CEO des Merian Iselin, die Interessen des Qualitätsmanagements gegenüber der Geschäftsleitung und nach aussen.

4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BfS		
☐	Versorgungsniveau 1 (K111): Zentrumsversorgung	5 Unispitäler
☐	Versorgungsniveau 2 (K112): Zentrumsversorgung	Betriebe mit 9000 - 30000 stationären Fällen
☐	Versorgungsniveau 3 (K121): Grundversorgung	Betriebe mit 6000 - 9000 stationären Fällen
☐	Versorgungsniveau 4 (K122): Grundversorgung	Betriebe mit 3000 - 6000 stationären Fällen
☐	Versorgungsniveau 5 (K123): Grundversorgung	Betriebe mit 0 - 3000 stationären Fällen
☒	Spezialklinik: Chirurgie (K231)	
☐	Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie (K232)	
☐	Spezialklinik: Pädiatrie (K233)	
☐	Spezialklinik: Geriatrie (K234)	
☐	Spezialklinik: Diverse Spezialkliniken (K235)	

4.2 Personalressourcen

Datenquelle			
☐	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☒	Eigene Erhebung

Personalgruppen	Anzahl Vollzeit-Äquivalente	Bemerkungen und Details (Kader, Assistenten, Belegärzte etc.)
Ärzte	16.0	(ohne Belegärzte)
Pflege	155.4	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	47.2	Radiologie, Physiotherapie, Labor
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie (nicht medizinisch)	132.8	
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)	18.6	Pflege, Physiotherapie, Radiologie, Labor, Hotellerie,

Kommentar zu den Personalressourcen	
Das Merian Iselin hat 120 akkreditierte Belegärzte	

4.3 Fallzahlen

Datenquelle							
☒	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☐	Eigene Erhebung				

Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Anzahl stationäre Fälle			Anzahl teilstationäre und ambulante Fälle			Bemerkungen
Alter	0-17	18-65	66 -	0-17	18-65	66 -	
Orthopädie	45	2289	1287	6	662	232	
Chirurgie	1	458	255	3	333	91	
Urologie	4	144	286	1	48	19	
HNO	93	285	29	30	114	34	
Plastische Chirurgie	2	150	57	14	230	99	
Medizin	0	61	155	1	82	78	
Neurologie	0	39	31	0	1	1	
Gesamt	145	3426	2100	55	1470	554	

Kommentar zu den Fallzahlen	
Ohne Fälle der ambulanten Institute	

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle			
☒	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☐	Eigene Erhebung

Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen
Pflegetage	38'623	
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.81	
Geburten (stationär und ambulant)	0	
Operationen stationär	5435	
Operationen ambulant und teilstationär	1454	
Kommentar zu den weiteren Leistungszahlen		

4.5 Top Ten-Diagnose stationär

Datenquelle				
☒	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☐	Eigene Erhebung	

Rang	Anzahl Fälle	Anteil an stationären Fällen [%]	ICD-Code	Beschreibung: ICD ausgeschrieben
1	509	8.98	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose
2	336	5.92	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
3	335	5.91	M23.3	Sonstige Meniskusschädigungen
4	197	3.47	M20.1	Hallux valgus (erworben)
5	178	3.14	S83.7	Verletzung mehrerer Strukturen des Knies
6	167	2.94	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung
7	148	2.61	S83.2	Meniskusriss akut
8	146	2.57	N40	Prostatahyperplasie
9	141	2.49	J35.0	Chronische Tonsillitis
10	119	2.1	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien
Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär				

4.6 Top Ten- Eingriffe

Datenquelle				
☒	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☐	Eigene Erhebung	
Rang	Anzahl Eingriffe	Anteil an stationären Fällen [%]	CHOP-Code	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1	788	13.89	80.6	Menisektomie am Knie
2	636	11.21	81.54	Totalendoprothese des Kniegelenks
3	409	7.21	81.51	Totalendoprothese des Hüftgelenks
4	225	3.97	38.59	Ligatur und Stripping von Varizen der unteren Extremität
5	181	3.19	77.51	Plastische Rekonstruktion bei Hallux valgus mit Exostosenresektion, Weichteilkorrektur und Osteotomie
6	140	2.47	60.29	Sonstige transurethrale Prostatektomie
7	138	2.43	81.45	Sonstige Rekonstruktion an den Kreuzbändern
8	122	2.15	83.63	Plastische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette
9	108	1.91	28.2	Tonsillektomie ohne Adenoidektomie
10	67	1.18	80.86	Sonstige lokale Exzision oder Destruktion einer Gelenksläsion am Knie
Kommentar zu den Top Ten-Eingriffen				

4.7 Altersstatistik

Datenquelle				
☒	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☐	Eigene Erhebung	
Kategorie	Alter	Anzahl männliche Patienten ♂	Anzahl weibliche Patientinnen ♀	
1	0 bis 1	0	0	
2	2 bis 4	7	4	
3	5 bis 9	48	24	
4	10 bis 14	15	23	
5	15 bis 19	78	115	
6	20 bis 24	127	124	
7	25 bis 29	143	138	
8	30 bis 34	152	127	
9	35 bis 39	168	160	
10	40 bis 44	258	272	
11	45 bis 49	263	283	
12	50 bis 54	318	378	
13	55 bis 59	330	457	
14	60 bis 64	397	499	
15	65 bis 69	381	494	
16	70 bis 74	338	451	
17	75 bis 79	260	343	
18	80 bis 84	159	228	
19	85 bis 89	61	87	
20	90 bis 94	14	24	
21	95 und älter	0	2	
Gesamt		3517	4233	

4.8 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Datenquelle			
X	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☐	Eigene Erhebung

Case-Mix-Index des Spitals (CMI)	0.944 (korrigiert)
Definition des Case-Mix-Index	CM (Fallmix) : Anzahl stationäre Fälle
Notfallstation	☐ mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste ☐ ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle stationär	0	
Notfälle ambulant und teilstationär	0	
Fälle Intensivpflegestation, SGI-anerkannt	0	
Fälle Kinder-Intensivpflegestation, SGI-anerkannt	0	
Verlegungen in ein anderes Spital	158	
Austritte nach Hause	4904	
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	600	
Kommentar zu den Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives		

4.9 Mortalitätszahlen

4.9.1 Spitaleigene Mortalitätserhebung

Datenquelle			
X	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	☐	Eigene Erhebung

Resultate
0.15 %
Kommentar
Tiefste Mortalitätswerte, da das Merian Iselin überwiegend im elektiven Bereich mit grossem Orthopädie-Anteil tätig ist.

4.9.2 Mortalitätszahlen BAG / Helios

Kommentar zu den Mortalitätszahlen BAG / Helios

4.9.3 Umgang mit Todesfällen im Spital

☐	Nein, das Spital besitzt kein Begleitangebot zum Sterbeprozess
X	Ja, das Spital besitzt ein Begleitangebot zum Sterbeprozess
	Beschreibung des Begleitangebotes (z. Bsp. Verfügungen, Seelsorge, Palliative Station, Angehörigenbetreuung etc.)
	Der Ablauf bei einem Todesfall ist in einem Handbuch geregelt, welches den Mitarbeitenden zur Verfügung steht. Ein Merkblatt welches über die Bedeutung des Todes in verschiedenen Religionen und die jeweiligen Bräuche beschreibt ist auch vorhanden. Ferner stehen ein Palliativ-Fragebogen, Begleitung der Angehörigen, Seelsorge sowie bei Bedarf „Sitzwachen“ zur Verfügung.

5 Zufriedenheitsmessungen

5.1 Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen

Name des Anbieters	Entwicklung	Name Messinstrument / -programm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Verein Outcome	☐ intern ☐ validiert	PEQ Kurzfragebogen				

5.1.1 Gesamtzufriedenheitsmessung

Gesamtzufriedenheit aufgrund der Frage: Würden Sie Ihren Freunden das Spital empfehlen?	Wert [%]	Bemerkungen

5.1.2 Detaillierter Ausweis

Bereich	Wert [%]	Medizin	Chirurgie	Andere: welche?	Bemerkungen
Ärzte					
Pflege					
Organisation & System					

5.2 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MeCon	☒ intern ☐ validiert	Standard-Fragebogen mit 32 Fragen im stationären Bereich	Schriftliche, poststationäre, anonymisierte Befragung	2007	Kontinuierlich über das gesamte Jahr	Jährliche Messung seit 1998

5.2.1 Gesamtzufriedenheitsmessung

Gesamtzufriedenheit aufgrund der Frage: Würden Sie Ihren Freunden das Spital empfehlen?	Wert [%]	Bemerkungen
	93.7%	6.3% die auf diese Frage mit „Ja, wahrscheinlich“ und 0% die mit „eher nicht“ geantwortet haben.

Resultate

Bereich	Wert [%]	Bemerkungen und Detaillierung (nach Kliniken / Abteilungen)
Ärzte	92.6%	Es wurden 7 Fragen zu diesem Thema gestellt
Pflege	90.3%	Es wurden 7 Fragen zu diesem Thema gestellt
Organisation	88.0%	Es wurden 7 Fragen zu diesem Thema gestellt
Hotellerie	90.4%	Es wurden 6 Fragen zu diesem Thema gestellt
Öffentliche Infrastruktur	87.1%	Es wurden 5 Fragen zu diesem Thema gestellt

Kommentar

Ein weiteres Instrument für die Messung der Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten ist der interne Fragebogen.

5.3 Mitarbeiterzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MeCon	☐ intern ☒ validiert	Standard-Fragebogen	Schriftliche, anonymisierte Befragung	2004	Ab 2009 2-jährlich	

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte		
Pflege		
Andere medizinische oder therapeutische Berufe		
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie		
Gesamtinstitution		
Kommentar		
Messung findet im Frühling 2009 statt.		

5.4 Zuweiserzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MeCon	☐ intern ☒ validiert	Standard-Fragebogen mit 52 Fragen	Schriftliche, anonymisierte Befragung	2004	3-jährlich	Befragung bei 120 akkreditierten Belegärzten

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Infrastruktur	83.3%	Es wurden 4 Fragen zu diesem Thema gestellt
Klinikleitung	84.6%	Es wurden 5 Fragen zu diesem Thema gestellt
Anmeldeprozess	80.8%	Es wurden 7 Fragen zu diesem Thema gestellt
Schnittstellen	88.1%	Es wurden 4 Fragen zu diesem Thema gestellt
Patienten / Image	88.2%	Es wurden 5 Fragen zu diesem Thema gestellt
Strukturelles Angebot	84.1%	Es wurden 13 Fragen zu diesem Thema gestellt
Kommunikation	86.0%	Es wurden 7 Fragen zu diesem Thema gestellt
Kooperation	83.2%	Es wurden 7 Fragen zu diesem Thema gestellt
Gesamtinstitution	85.0%	
Kommentar		

6 Qualitätsindikatoren

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte)

6.1.1 Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte innert 30 Tagen	Rehospitalisationsrate: Werte [%]	Auswertungsinstanz	Bemerkungen

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation

☒	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation
☐	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	☐ intern ☐ validiert				

Resultate

Kommentar

Datengeneration geplant

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ

☐	Nein, das Spital beteiligt sich nicht am Messprogramm von SwissNOSO
☐	Ja, das Spital beteiligt sich am Messprogrammen mit unten aufgeführten Messthemen (3 aus 8)

	Messthemen	Messwerte	Bemerkungen
☐	Gallenblase		
☐	Blinddarmentfernung		
☐	Hernieoperation		
☐	Operation am Dickdarm		
☐	Kaiserschnitt		
☐	Herzchirurgie		
☐	Hüftgelenksprothesen		
☐	Kniegelenksprothesen		

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

☐	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Infektionen
☒	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Infektionen:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
Universitäts-Spital Basel	☐ intern ☒ validiert	Schriftliche Datenerhebung mittels Protokoll (SSI-Kriterien) aller Patienten während 3 Tagen	2007	jährlich	Prävalenz-Studie zusammen mit der Abteilung Infektiologie und Spitalhygiene

Resultate

Ende Februar 2008 wurde bei einer 3-Tagesmessung eine Prävalenzrate von 1,8% nosokomialer Infektionen gemessen.

Kommentar

Dies ist der tiefste bei uns gemessene Wert und gesamtschweizerisch gesehen ein hervorragender tiefer Wert.

6.2.3 Präventionsmassnahmen

☐	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
☒	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:
	• Permanente Anpassung und Revision der Hygienerichtlinien • Regelmässige obligatorische Hygieneschulungen • Regelmässige Händehygienebeobachtungen • Regelmässige Überprüfung der Qualität der hygienischen Händedesinfektion mittels Tests (Blutagarplatten)

6.3 Komplikationen

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

☐	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen		
☒	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen		
	<table> <tr> <td>Begriffsdefinition „Komplikation“</td><td>Eine unerwünschte Folge einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Eingriffs, die nicht zum eigentlichen Krankheitsbild gehört.</td></tr> </table>	Begriffsdefinition „Komplikation“	Eine unerwünschte Folge einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Eingriffs, die nicht zum eigentlichen Krankheitsbild gehört.
Begriffsdefinition „Komplikation“	Eine unerwünschte Folge einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Eingriffs, die nicht zum eigentlichen Krankheitsbild gehört.		

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	☒ intern ☐ validiert	Erfassung der postoperativen Komplikationen mittels Checkliste. Schriftliche Vollerhebung.	2007	kontinuierlich	

Resultate

Komplikationsrate: 0.3%

Kommentar

Methode zur Berechnung: Anzahl Komplikationen 2008 / Anzahl Fälle stationär 2008

6.3.2 Präventionsmassnahmen

☐	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch
☒	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und –instrumente:
	• Permanente Anpassung und Revision der Hygienerichtlinien • Regelmässige obligatorische Hygieneschulungen • Regelmässige Händehygienebeobachtungen • Richtlinien betreffend Dauerkatheter-Verweildauer • Präoperative Antibiotikaverabreichung

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

☐	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze	
☒	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze	
	Begriffsdefinition „Sturz“	Unfreiwilliges und / oder unkontrolliertes zu Boden sinken.

Name des Anbieters	Entwick- lung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Mess- periodizität	Bemerkungen
	☒ intern ☐ validiert	Erfassung der Sturzereignisse mittels Checkliste (17 Angaben zum Sturz). Schriftliche Vollerhebung. Bei jedem Sturz wird die Checkliste ausgefüllt und nach 24 Std. (Erfassung eventueller Spätfolgen) an das Q-Management weitergeleitet.	2007	kontinuierlich	Jährliche Messung seit 1998

Resultate

Sturzrate: 1.04%. Eine detaillierte Auswertung des Sturzprotokolle liegt vor.

Kommentar

Methode zur Berechnung: Anzahl gestürzter stationärer Patienten 2008 / Anzahl Fälle stationär 2008

6.4.2 Präventionsmassnahmen

☐	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
☒	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	• Bewusstmachung der Risikofaktoren im Rahmen der Pflegeanamnese. • Aufklärung und Beratung der Patientinnen und Patienten im Hinblick auf ihr persönliches Risiko sowie im Hinblick auf eine angemessene Fussbekleidung. • Beobachtung und Unterstützung gefährdeter Patientinnen und Patienten. Beobachtung von Patientinnen und Patienten, die unter dem Einfluss von Schlafmitteln und/oder Psychopharmaka stehen. • Indikationen, Neben- und Wechselwirkungen der Medikamente mit dem Arzt diskutieren.

6.5 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

6.5.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

☒	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Dekubitus
☐	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Dekubitus:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	☐ intern ☐ validiert				

Resultate

Kommentar

Datengeneration geplant

6.5.2 Präventionsmassnahmen

☒	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
☐	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen

6.6 Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	☐ intern ☐ validiert				

Resultate

Kommentar

7 Qualitätsaktivitäten

7.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizier- ung	Bemerkungen
Ganze Klinik	swiss leading hospital	2000	2007	EFQM-Modell für Excellence

7.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Anästhesie	CIRS	Vermeidung von kritischen Vorfällen rund um die Patienten	Aktiv seit 2006
Hotellerie	smart-change / KVP	Nachhaltige Verbesserungen und Weiterentwicklung.	Aktiv seit 2007
Ganze Klinik	Sicherheits-Management	Schulung aller Mitarbeiter bezüglich aller relevanten Sicherheitsvorkehrungen wie z.B. Reanimation, Hygienemasnahmen, Brandverhütung, etc.	Aktiv seit 2002
Ganze Klinik	Schulungen	Aktualisierung und Steigerung des allgemeinen, betriebs- und fachspezifischen Wissens aller Mitarbeitenden	Aktiv seit 2000

7.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitäts**projekte** im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Labor	Einführung eines elektronischen Labor-Informations-Systems (LIS)	Optimierung der Abläufe für Mitarbeitende und Patientinnen und Patienten und Ärzte	01.2008 – 04.2008
Hotellerie	Einführung eines elektronischen Facility-Management-Systems (FMS)	Flächenmanagement und elektronische Dokumentation der Gebäudestrukturen	08.2008 – 10.2008
Radiologie	Kompletter Umbau der Radiologie inklusive Anschaffung zweier zusätzlicher hochmoderner Geräte (Knochenplatz Siemens Ysio wi-D (= wireless Detector) und das MRI Siemens Verio 3 Tesla)	Optimierung der Abläufe für Mitarbeitende und Patientinnen und Patienten sowie verbesserte Diagnostik	07.2008 – 12.2008
Physiotherapie	Kompletter Umbau der Physiotherapie (PhysioPlus) mit neuem Gerätepark	Optimierung der Abläufe für Mitarbeitende und Patientinnen, Patienten und Kunden	07.2008 – 01.2009
Anästhesie und IMC	Einführung des Patienten-Daten-Management-System (PDMS)	Elektronische Dokumentation und Leistungserfassung	10.2007 – 05.2009

➔ Eine Auswahl von zwei vollständig dokumentierten Qualitätsprojekten ist im Anhang beschrieben.

8 Schlusswort und Ausblick

Qualität, insbesondere in einer Belegarztklinik, ist zu einem Hot topic geworden. Die Klinikverantwortlichen sind sich der Chancen aber auch den Hemmnissen 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.

9 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung der **zwei wichtigsten, abgeschlossenen** Qualitätsprojekte

Projekttitel	Kompletter Umbau der Radiologie inklusive Anschaffung zweier zusätzlicher hochmoderner Geräte	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Optimierung der Abläufe für Mitarbeitende und Patientinnen und Patienten sowie verbesserte Diagnostik	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird		
Projektablauf / Methodik		
Projektergebnisse		
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Radiologie	
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen	Bei Bedarf erteilen die zuständigen Fachbereiche gerne ausführliche Auskünfte.	

Projekttitel	Einführung des Patienten-Daten-Management-System (PDMS)	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Elektronische Dokumentation und Leistungserfassung	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird		
Projektablauf / Methodik		
Projektergebnisse		
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Anästhesie und IMC	
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen	Bei Bedarf erteilen die zuständigen Fachbereiche gerne ausführliche Auskünfte.	