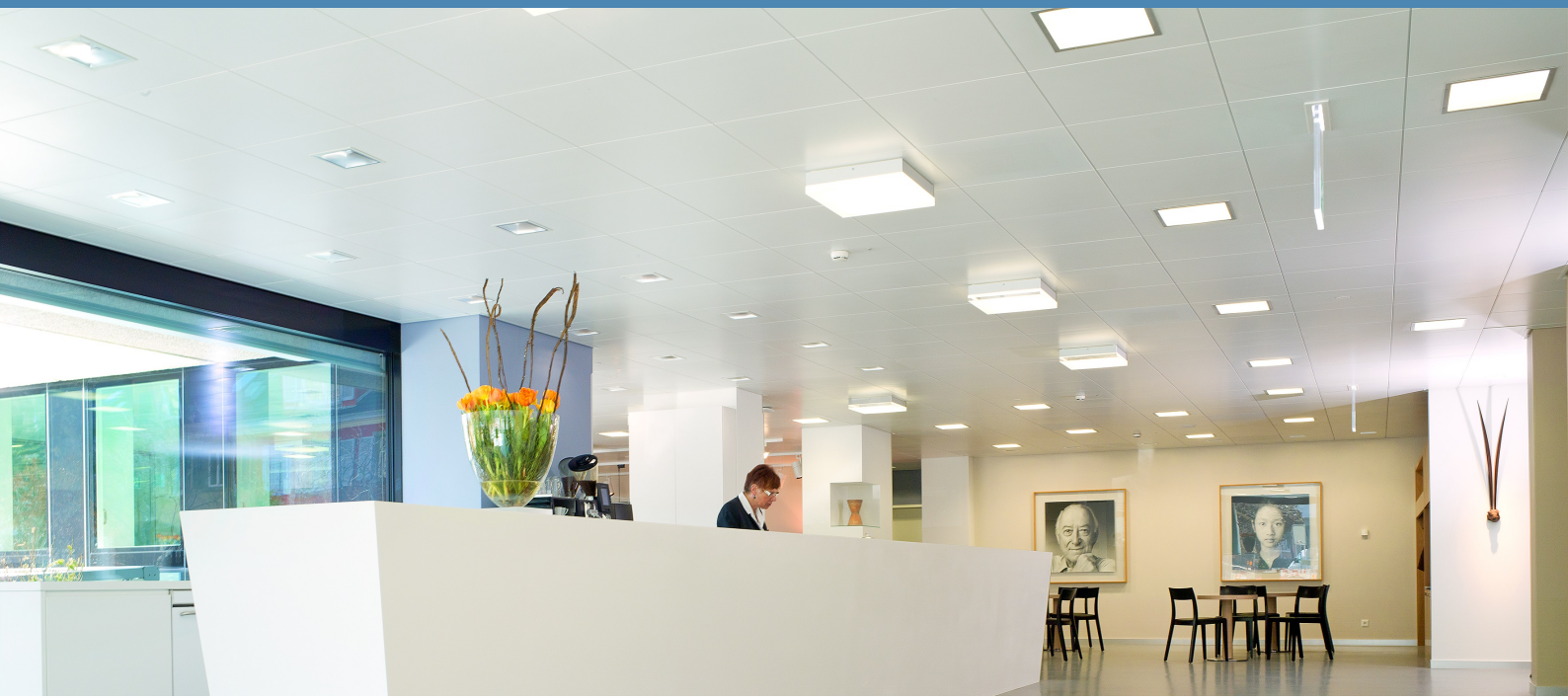
MERIAN ISELIN
Klinik für Orthopädie und Chirurgie

Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	27. Mai 2021	Version 1
Durch:	Stephan Fricker, CEO	



Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie

Akutsomatik

www.merianiselin.ch

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 2020.

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. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

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 2020

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform spitalinfo.ch zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin 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 2020 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020 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 kantonal 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 15
4.5 Registerübersicht 16
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
Ist für unsere Klinik nicht relevant

7 Mitarbeiterzufriedenheit **22**
7.1 Eigene Befragung 22
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit 22

8 Zuweiserzufriedenheit **23**
8.1 Eigene Befragung 23
8.1.1 Belegärztezufriedenehit 23

Behandlungsqualität **25**

9 Wiedereintritte **25**
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen 25

10 Operationen
Da die nationale Erhebung der potentiell vermeidbaren Reoperationen nicht mehr angeboten wird, verzichten wir auf die Durchführung dieser Messung

11 Infektionen **26**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte 26

12 Stürze **28**
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz 28

13 Wundliegen **30**
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus 30

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.

15 Psychische Symptombelastung
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.

16 Zielerreichung und Gesundheitszustand
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.

17 Weitere Qualitätsmessung 32
17.1 Weitere eigene Messung 32
17.1.1 Stürze 32
18 Projekte im Detail 33
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 33
18.1.1 Händehygienecompliance 33
18.1.2 Trauma-Board 33
18.1.3 Patient-reported outcome measures (PROMs) 33
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020 34
18.2.1 Eröffnung Premium Silver 34
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 34
18.3.1 ISO Norm 9001:2015 34
19 Schlusswort und Ausblick 35
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 36
Akutsomatik 36
Herausgeber 38

1 Einleitung

Die Merian Iselin Klinik ist das führende Gesundheitszentrum für Orthopädie, Urologie und Chirurgie in der Nordwestschweiz. Als moderne Belegarztklinik 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 die Fachbereiche Orthopädie und Urologie sowie 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.

Über "Ortho-Notfall" ist es uns möglich an 7 Tagen pro Woche zwischen 08:00 bis 22:00 Uhr einen Teil der regionalen orthopädischen und urologischen Notfälle aufzunehmen und abzudecken.

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. Mit "Merian Santé" werden Sie als Patientin oder Patient in der Physiotherapie und der Ernährungsberatung entweder stationär oder ambulant qualitativ hochstehend und menschlich betreut und behandelt.

Modernes Design, Kunst, neuste Technik und eine hervorragende Hotellerie (auch mit "Premium Gold") garantieren auch ausserhalb der medizinischen Welt höchsten Komfort und Wohlbefinden für Sie. Rund 600 Mitarbeitende sind für den reibungslosen Ablauf während Ihres Klinikaufenthaltes besorgt.

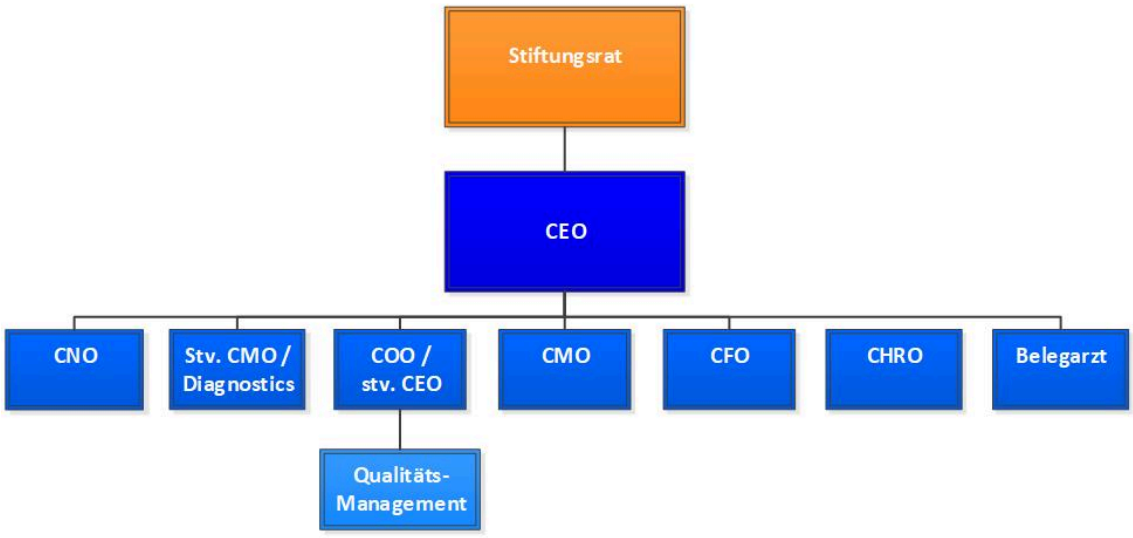
Seit 2015 zertifiziert nach der ISO Norm 9001:2015 (Re-Zertifiziert am 27.04.2021) verpflichten wir uns mit unseren Partnern, Qualitätsstandards konstant zu optimieren und zu überprüfen. Die kontinuierliche Weiterbildung unserer Mitarbeitenden ist unverzichtbar um die hochgesteckten Ziele unserer Klinik zu erreichen.

Die Merian Iselin Klinik ist deshalb Ihr idealer Partner zur Lösung medizinischer Probleme aus den Bereichen Orthopädie, Urologie 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 Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **280** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Mario Grava
Leiter Qualitätsmanagement
+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 2020

- Betriebsaufnahme "Premium Silver"
- Einführung von PROMs in der Orthopädie
- Konzeption Sanierung des zentralen OP-Trakts
- Ablösung des Patientenabrechnungssysems
- Konzeption neues Meldeportal
- Überwachungsaudit nach ISO 9001:2015

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

- Inbetriebnahme "Premium Silver" für Halbprivatversicherte Patienten
- Umsetzung von PROMs für Patienten mit Hüft- und Knie-TP-Eingriffen
- Einführung neues Patientenabrechnungssysems
- Erfolgreiches Überwachungsaudit nach ISO 9001:2015

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, insbesondere bei Fragen rund um "ambulant vor stationär", 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:

- Einführung eines Patientenportals
- Erweiterung des Meldeportals
- Etablierung der PROM's-Erhebung
- Gesamtsanierung der OP-Säle 1 - 6
- 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, curafutura 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:
Akutsomatik
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ 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 bis 31.05.2020)
▪ Projekt Interprofessionelle Zusammenarbeit

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:
Patientenzufriedenheit
▪ Patientenzufriedenheit
Zuweiserzufriedenheit
▪ Belegärztezufriedenehit

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Weitere Qualitätsmessung
▪ Stürze

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

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 das Projekt läuft	OP-Bereich, Anästhesie, Pflege, Physiotherapie, Belegärzte
Projekt: Laufzeit (von…bis)	kontinuierlich
Art 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 das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekt: Laufzeit (von…bis)	kontinuierlich
Art 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 das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekt: Laufzeit (von…bis)	kontinuierlich
Art 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 Verbesserungsporzesses
Bereich, in dem das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekt: Laufzeit (von…bis)	kontinuierlich
Art 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-Informations-System

Ziel	Digitale Patientenakten und Qualitätssicherung auf Knopfdruck, Erfüllen der Vorschriften und Patientensicherheit erhöhen
Bereich, in dem das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekt: Laufzeit (von…bis)	kontinuierlich
Art 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 das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekt: Laufzeit (von…bis)	kontinuierlich
Art 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 das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekt: Laufzeit (von…bis)	kontinuierlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Evaluation Aktivität / Projekt	Fester Bestandteil des QMS mit laufender Evaluation.

Arbeits- und Gesundheitsschutz

Ziel	Gesetzliche Vorgaben einhalten, Gefährdungen und Belastungen in allen Bereichen ermitteln
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekt: Laufzeit (von…bis)	kontinuierlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Methodik	Branchenlösung H+
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen der Klinik
Evaluation Aktivität / Projekt	Bewährte Systematik, welche laufend optimiert wird

Traumaboard

Ziel	Optimierung von Outcome und Qualitätssicherung, verbessertes Verständnis aller involvierten Dienststellen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Interne und externe Bereiche, Belegärzte
Projekt: Laufzeit (von…bis)	kontinuierlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Methodik	Erfahrungsaustausch unter den Traumatologen, Falldiskussionen, Besprechung optimaler Behandlungsmethoden, Besprechung von Resultaten und Outcomes, Einbezug aller involvierter Stellen (inkl. Pflege), Einbezug externer Experten
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte und Pflege auf dem Ortho-Notfall, orthopädisch-traumatologischtätige Belegärzte als Hitergurnddienst, Labor, Radiologie, OP, IMC, Pflegestationen, Administration, Nachgestellten Kliniken und Organisationen, kantonale Behörden
Evaluation Aktivität / Projekt	Das «Trauma-Board» ist eine feste Institution unserer Klinik geworden, deckt sämtliche Belange unserer neu geschaffenen Permanence «Ortho-Notfall» ab, ist allseits akzeptiert und beliebt im Sinne einer gelebten optimalen interprofessionellen Zusammenarbeit, gewährleistet anhaltende Weiterentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
Weiterführende Unterlagen	Projektunterlagen bei der Klinikleitung abgelegt und dokumentiert

PROMs

Ziel	Patienten mit Hüft- und Knie-TP werden mittels validiertem Fragebogen (EQ-5D) vor Klinikeintritt, 6 Monate, 1 Jahr und 2 Jahre nach Klinikaustritt befragt
Bereich, in dem das Projekt läuft	Qualitätsmanagement, Patientenaufnahme
Projekt: Laufzeit (von…bis)	kontinuierlich
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Befragung mittels validierten Fragebogen
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsmanagement, Patientenaufnehme
Evaluation Aktivität / Projekt	Findet nach der Einführungsphase statt (Frühjahr 2021)
Weiterführende Unterlagen	Projektunterlagen bei der Klinikleitung abgelegt und dokumentiert

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 im Jahr 2010 ein CIRS 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.

Bemerkungen
Das CIRS-Meldesystem zur Erfassung von personenbezogenen Zwischenfällen und Beinahe-Zwischenfällen findet in der gesamten Merian Iselin Klinik Anwendung. Das CIRS-System ist mittels eines klinikexternen 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 sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUAlität in der Schweiz	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/	2012
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	1999
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/	2012
SOL-DHR Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	SOL-DHR, USB Basel info@sol-dhr.ch www.sol-dhr.ch/	2011

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 9001:2015	Gesamte Klinik	2015	2018	Rezertifizierung 2021
REKOLE	Finanzen & Controlling	2013	2020	
ISO/IEC 17043	Labor	1997	2020	
QUALAB	Labor	1992	2020	
Zertifizierte IMC nach den Richtlinien der SGI	IMC	2019	2019	

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 erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2016	2017	2018	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2019 (CI* = 95%)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.29	4.32	4.34	4.43 (4.33 - 4.53)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.65	4.64	4.64	4.72 (4.62 - 4.83)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.71	4.70	4.64	4.74 (4.64 - 4.84)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.69	4.61	4.54	4.52 (4.39 - 4.65)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.18	4.18	4.10	4.16 (4.04 - 4.28)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	93.20 %	93.20 %	91.10 %	93.00 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2019				523
Anzahl eingetroffener Fragebogen	222	Rücklauf in Prozent		42 %

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im September 2019 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

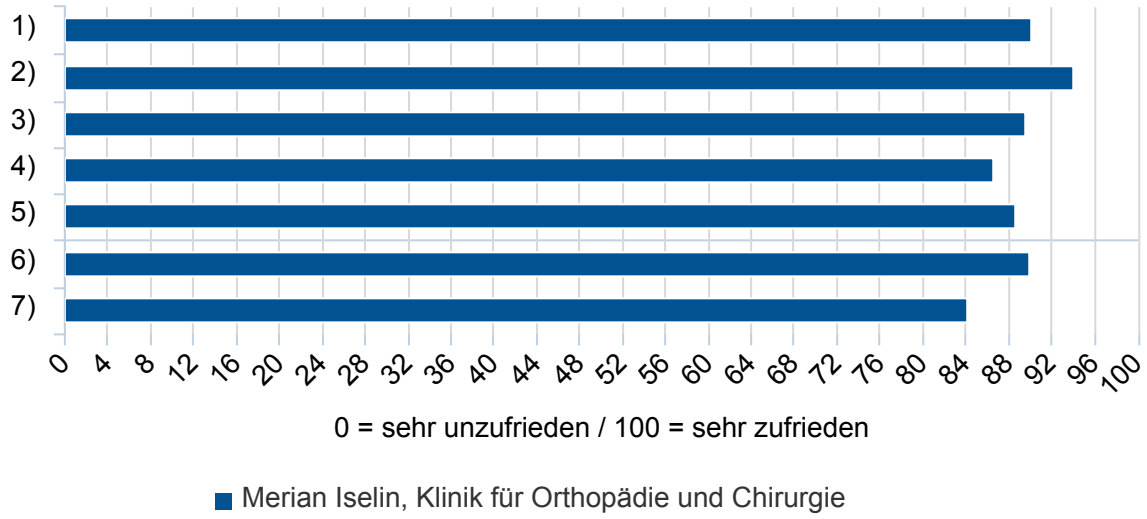
5.2.1 Patientenzufriedenheit

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 2020 bis Dezember 2020 durchgeführt.
Die Befragung wurde in allen Abteilungen der Klinik 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



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	90.10	94.00	89.50	86.50	88.60

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	90.00	84.10	640	53.80 %

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.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2021.
Alle Mitarbeitenden der Klinik werden befragt

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

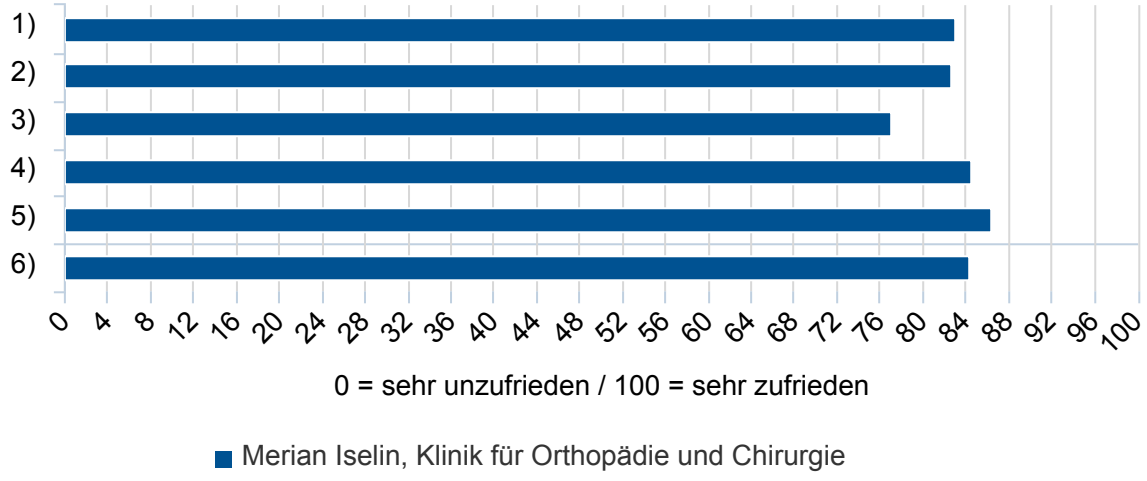
8.1.1 Belegärztezufriedenehit

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 Ergabnisse bei jeder durchfeführen Messung bestätigt.
Die Resultate werden einem Benchmark mit Kliniken der gesamten Schweiz unterzogen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom März 2020 bis April 2020 durchgeführt.
Alle Belegärzte werden befragt.
Alle Belegärzte wurden befragt.
Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

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



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	83.00	82.70	77.00	84.60	86.30

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie	84.30	65	56.00 %

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

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.

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2015	2016	2017	2018
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie				
Verhältnis der Raten*	0.65	0.67	0.53	0.63
Anzahl auswertbare Austritte 2018:				4967

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) 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.

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 folgender Operationen:
▪ Hernienoperationen
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020:
(Unterbruch der Messperiode, vom 1. März bis 31. Mai 2020, infolge der Covid-19-Pandemie)

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2020 (Total)	Anzahl festgestellter Wund-infektionen 2020 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % 2017	2018	2019	adjustierte Infektionsrate % 2020 (CI*)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie						
Hernien-operationen	49	0	0.00%	1.30%	0.00%	0.00% (0.00% - 7.30%)

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2018 – 30. September 2019:

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total)	Anzahl festgestellter Wund-infektionen 2019 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % 2016	2017	2018	adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*)
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie						
Erstimplantation von Hüftgelenks-prothesen	693	6	1.20%	0.00%	2.60%	0.80% (0.10% - 1.90%)
Erstimplantationen von Kniegelenks-prothesen	830	3	0.00%	1.80%	1.10%	0.30% (0.00% - 0.70%)

* 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Gute Ergebnisse der vergangenen Jahren wurde 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.

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Sturz konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

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

Messergebnisse

	2017	2018	2019	2020 ***
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	4	1	–
In Prozent	1.40%	4.40%	1.10%	–
Residuum* (CI** = 95%)	0.01 (-0.40 - 0.42)	0.11 (-0.32 - 0.53)	0.04 (-0.54 - 0.47)	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** 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.

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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ 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	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

Bemerkungen

Coronabedingt fand 2020 keine Messung statt.

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 Scherkräften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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.

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Dekubitus konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

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

Messergebnisse

	Anzahl Patienten mit Dekubitus	Vorjahreswerte 2017	2018	2019	2020 ***	In Prozent ***
Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie						
Nosokomiale Dekubitus-prävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	1	1	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0.17 (-0.87 - 1.21)	-0.29 (0.31 - 0.01)	0.06 (-0.69 - 0.81)	–	–

Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2020 ***	–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	–

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

Bemerkungen

Coronabedingt fand 2020 keine Messung statt.

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 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 Januar 2020 bis Dezember 2020 durchgeführt.
Diese Messung findet stets auf allen Abteilungen der Klinik statt.
Angaben zum untersuchten Kollektiv

- *Einschlusskriterien:* Alle stationären Patienten
- *Ausschlusskriterien:* Ambulante Patienten
- *Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten:* 6956 = 100%

Messergebnisse

- *Anzahl Stürze:* 45 = 0.64%
- *Anzahl mit Behandlungsfolgen:* 22 = 0.31%
- *Anzahl ohne Behandlungsfolgen:* 23 = 0.33%

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

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Händehygienecompliance

- **Projektart**: Internes Projekt, insbesondere im Rahmen der COVID-19-Pandemie sehr wichtig!
- **Projektziel**: Erfassung der Händehygiene, Erhöhng der Compliance, Erhöhung der Patientensicherheit
- **Projektablauf / Methodik**: Händehygiene Gelegenheiten um Compliance zu messen (mindestens 400 Beobachtungen jährlich)
- **Involvierte Berufsgruppen**: Hyigiene, Ärzte, Pflege, Therapeuten, Hauswirtschaft
- **Projektevaluation / Konsequenzen**: Der erwartete Gesamtzielwert von 70% Compliance wurde 2019 erereicht (78%). Ein Paket von Massnahmen wurde lanciert um die Compliance kontinuierlich zu erhöhen.

18.1.2 Trauma-Board

- **Projektart**: Interproffessionelles Projekt
- **Projektziel**: Optimierung von Outcome und Qualitätssicherung, verbessertes Verständnis aller involvierten Dienststellen, Vermeidung von Missverständnissen, Vermeidung von Reibungsflächen
- **Projektablauf / Methodik**: Erfahrungsaustausch unter den Traumatologen, Falldiskussionen, Besprechung optimaler Behandlungsmethoden, Besprechung von Resultaten und Outcomes, Einbezug aller involvierter Stellen (inkl. Pflege), Einbezug externer Experten
- **Involvierte Berufsgruppen**: Ärzte und Pflege auf dem Ortho-Notfall, orthopädisch-traumatologischtätigen Belegärzte als "Hitergurnddienst", Labor, Radiologie, OP, IMC, Pflegestationen, Administration, Nachgestellten Kliniken und Organisationen, kantonalen Behörden
- **Projektevaluation / Konsequenzen**: Das "Trauma-Board" ist eine feste Institution unserer Klinik geworden, deckt sämtliche Belange unserer neu geschaffenen Permanence "Ortho-Notfall" ab, ist allseits akzeptiert und beliebt, im Sinne einer gelebten optimalen interprofessionellen Zusammenarbeit, gewährleistet anhaltende Weiterentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses

18.1.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

-
  - **Projektart**: Interproffessionelles Projekt
  - **Projektziel**: Indikations- und Ergebnisqualität sollen weiter verbessert werden
  - **Projektablauf / Methodik**: Evaluation eines validieren Verfahrens, Information aller involvierten Stellen und Patienten, Pilotversuch durchführen, Verifizierung und Validierung, Verbesserungen umsetzen, Etablierung in der Klinik
  - **Involvierte Berufsgruppen**: Mitarbeitenden des Qualitätsmanagements und der Patientenaufnahme, Ärzte
  - **Projektevaluation / Konsequenzen**: Patient-reported outcome measures (PROMs) liefern Informationen zum Gesundheitszustand und zu den Auswirkungen einer Intervention/Behandlung aus Sicht einer Patientin oder eines Patienten. PROMs fördern die patientenorientierte Behandlung, die Kommunikation zwischen Patient und Arzt sowie das Patientenmanagement (Monitoring und Anpassung des Behandlungsverlaufs, Erkennung von unerkannten Krankheiten etc.). PROMs erlauben, Rückschlüsse auf den medizinischen Nutzen und die Indikationsstellung zu ziehen

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

18.2.1 Eröffnung Premium Silver

- Projektziel: Neues Angebot für Halbprivatversicherte Patienten
- Projektablauf / Methodik: Analyse/Vorbereitung, Lösungen erarbeiten und Implementierung, Bezug neuer Räumlichkeiten / Pilotierung und anschliessende Evaluation
- Involvierte Berufsgruppen: Pflege, sowie weitere Bereiche der Klinik
- Projektevaluation / Konsequenzen: Lukratives Angebot für Halbprivatversicherte Patienten, Optimierung der Prozessabläufe, Erweiterung des Angebots

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO Norm 9001:2015

- **Projektart**: Interdiesziplinäres Projekt
- **Projektziel**: Aufrechterhaltung der Zeritfizierung der gesamten Klinik nach ISO 9001:2015
- **Projektablauf / Methodik**: Analysieren von Chancen, Risiken und Verbesserungspotential, Lösungen erarbeiten und Implementierung von Verbesserungsmassnahmen, järliche Durchführung von internen Audits und exteren Überwachngsaudits, fortlaufende Evaluation
- **Involvierte Berufsgruppen**: Alle Bereiche der Klinik
- **Projektevaluation / Konsequenzen**: laufenden Projekt

19 Schlusswort und Ausblick

Qualität, insbesondere in einer stark spezialisierten Belegarztklinik mit einer Notfalleinheit, 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.

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen 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
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Kraniale Neurochirurgie
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
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 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
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum

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) 2019, welche jeweils rückwirkend durch das BFS veröffentlicht wird, somit entziehen sie sich unserer Einflussnahme.

Herausgeber

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

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/qualitaet/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 wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/

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.spitalinfo.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**):
www.samw.ch.