

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

25. Mai 2018
Andreas Jäschke, Geschäftsführer/Mitglied der
Geschäftsleitung

Version 1



Klinik Arlesheim AG

www.klinik-arlesheim.ch



Akutsomatik



Psychiatrie

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

Frau
Catrin Esser
Leitung Qualitätsmanagement
061 705 7235
catrin.esser@klinik-arlesheim.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 Swisnoso 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	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	8
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	9
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	9
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	10
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	12
4.5 Registerübersicht	13
4.6 Zertifizierungsübersicht	14
QUALITÄTSMESSUNGEN	15
Befragungen	16
5 Patientenzufriedenheit	16
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	16
5.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	18
5.3 Eigene Befragung	19
5.3.1 Zufriedenheitsbefragung aller stationären Patienten	19
5.4 Beschwerdemanagement	20
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	21
7.1 Eigene Befragung	21
7.1.1 Mitarbeiterbefragung aller Mitarbeiter der Klinik	21
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	22
9 Wiedereintritte	22
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	22
10 Operationen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
11 Infektionen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
12 Stürze	24
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	24
13 Wundliegen	26
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	26
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung	28
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	28
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	

17

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

18	Projekte im Detail	30
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	30
18.1.1	Rückmeldemanagement	30
18.1.2	Dokumentenmanagementsystem	30
18.1.3	Sicherheit für Patienten und Mitarbeitende	30
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	30
18.2.1	Abschluss Qualitätsentwicklungsprojekt	30
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	31
18.3.1	Qualitätsentwicklungsprojekt	31
19	Schlusswort und Ausblick	32
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		33
Akutsomatik		33
Psychiatrie		34
Anhang 2		
Herausgeber		35

1 Einleitung

Die Klinik Arlesheim ist das führende Kompetenzzentrum für Anthroposophische Medizin in der Schweiz.

Die medizinische Diagnostik und Therapie basiert auf den modernen Möglichkeiten der naturwissenschaftlichen Medizin.

Als erste anthroposophische Klinik weltweit verfügt die Klinik Arlesheim über bald 100-jährige Erfahrung mit dem integrativen Konzept der Anthroposophischen Medizin. Seit 1921 wird die Schulmedizin ergänzt durch individuelle ganzheitliche Methoden. Das ist echte integrative Medizin – weil Gesundheit mehr bedeutet.

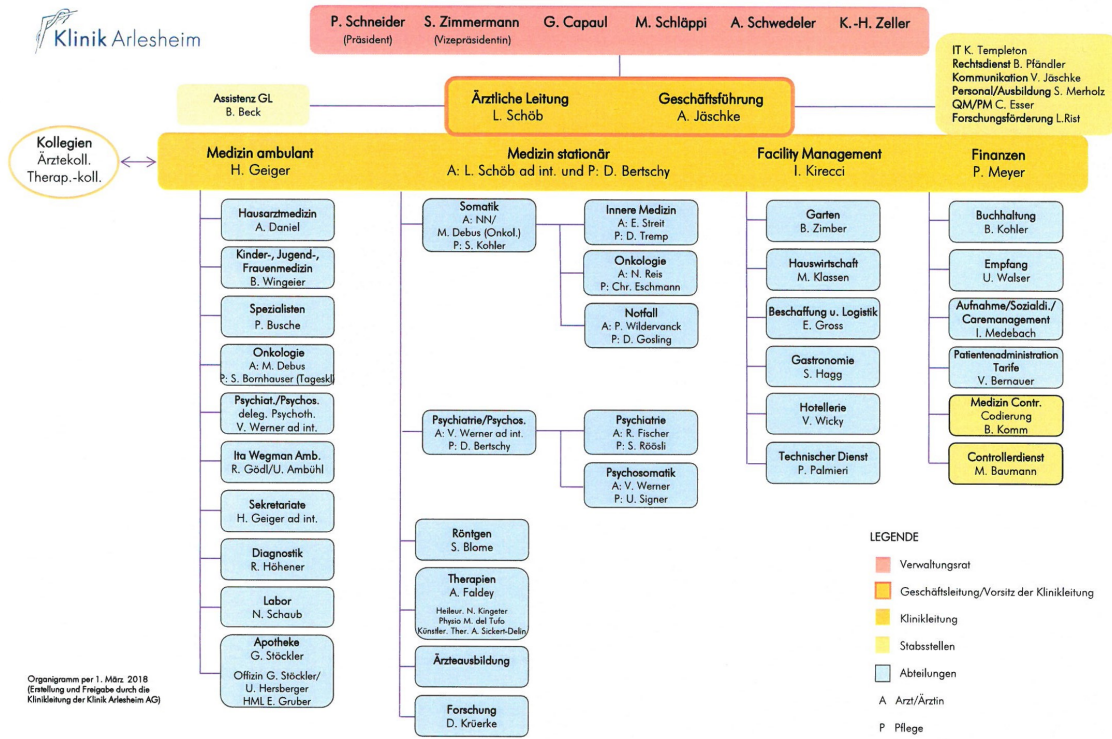
Die Klinik Arlesheim ist ein Listenspital der Grundversorgung. Sie ist ein Akutspital mit 82 stationären Betten in den Bereichen Onkologie, Innere Medizin und Psychiatrie/Psychosomatik sowie einer onkologischen Tagesklinik mit 24 Betten. Zum ambulanten Angebot gehören Frauenheilkunde, Gastroenterologie, Hausarztmedizin, Kardiologie, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Onkologie, Pneumologie, Psychiatrie/Psychosomatik. Der Notfall ist rund um die Uhr geöffnet. Das Ita Wegman Ambulatorium Basel ist eine ambulante Filiale der Klinik Arlesheim mit einer Gemeinschaftspraxis von Hausärzten und Therapeuten.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **120%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. math. Andreas Jäschke
 Geschäftsführer/Mitglied der Geschäftsleitung
 Klinik Arlesheim AG
 061 705 7230
andreas.jaesche@klinik-arlesheim.ch

Herr Dr. med Lukas Schöb
 Ärztlicher Leiter/Mitglied der Geschäftsleitung
 Klinik Arlesheim AG
 061 705 7282
lukas.schoeb@klinik-arlesheim.ch

Frau Catrin Esser
 Leitung Qualitätsmanagement
 Klinik Arlesheim AG
 061 705 7235
catrin.esser@klinik-arlesheim.ch

Frau Nicole Dürler
 Assistentin Qualitätsmanagement
 Klinik Arlesheim AG
 061 705 7232
nicole.duerler@klinik-arlesheim.ch

3 Qualitätsstrategie

Die Qualitätspolitik wird von der Klinikleitung festgelegt.

Die Q-Ziele leiten sich aus der Q-Politik und der Strategie der Klinik ab.

Vision:

Die Klinik Arlesheim ist eine Referenzklinik für Anthroposophische Medizin.
Sie hat eine führende Rolle in der Entwicklung der Komplementärmedizin der Schweiz.

Mission:

Die Klinik Arlesheim will den Menschen auf verschiedenen medizinischen Gebieten eine umfassende Medizin anbieten.
Entsprechend des Vermächtnisses Ita Wegmans ist die Klinik im Sinne der Intentionen von Rudolf Steiner weiterzuführen und zeitgemäss weiterzuentwickeln.

Qualitätsziele:

Die Klinik Arlesheim versteht sich als lernende Organisation, der KVP-Gedanke wird in der Klinik gelebt:

- Verbesserung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit
- Definition und Implementierung stabiler Prozesse
- Wirtschaftliches Denken und Handeln

Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

1. Abschluss des Qualitätsentwicklungsprojekts mit dem Aufrechterhaltungsaudit im Oktober 2017
2. Erhebung der Patientenzufriedenheit

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Ziel 1: Das Aufrechterhaltungsaudit wurde erfolgreich durchgeführt.

Ziel 2: Das Qualitätsentwicklungsprojekt wurde abgeschlossen.

Ziel 3: Durchführung der Patientenbefragung.

Ziel 4: Optimierung der Prozesse und Implementierung auf der Prozesslandkarte.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Zertifizierung der Klinik Arlesheim nach ISO 9001:2015
- Erbringen der geforderten Qualitätsindikatoren (ANQ, Bund, Kanton BL)
- Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit

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>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
<i>Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwachsenenpsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> – Symptombelastung (Fremdbewertung) – Symptombelastung (Selbstbewertung) – Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zufriedenheitsbefragung aller stationären Patienten

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Qualitätsentwicklungsprojekt DIN ISO 9001:2015

Ziel	Aufbau eines integralen QM-Systems für alle Prozesse der Klinik Arlesheim AG, Zertifizierung des QM-Systems nach DIN ISO 9001:2015
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik Arlesheim AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Neugestaltung der Prozesse, Umwandlung DIN 9001: 2008 zu 9001:2015
Methodik	Projekt: interne Projektleitung, Lenkungsausschuss/GL, Schulungen, Workshops, Arbeitsgruppen, ext. Berater
Involvierte Berufsgruppen	alle MA
Evaluation Aktivität / Projekt	Aufrechterhaltungsaudit Oktober 2017, Neuzertifizierung nach ISO 9001:2015 im Juni 2018

Optimierung des Umgangs mit Rückmeldungen und kritischen Zwischenfällen

Ziel	Die Klinik als lernende Organisation. Erhöhung der Patientenzufriedenheit. Vermeidung von kritischen Zwischenfällen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik Arlesheim AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Implementierung des KVP-Gedankens. Erhöhung der Patientenzufriedenheit. Strukturiertes Bearbeiten von Rückmeldungen. Vermeidung von kritischen, patientenbezogenen Zwischenfällen (CIRS).
Methodik	Erfassung sämtlicher Meldungen in einem zentralen Reporting. Optimierung des Umgangs mit Rückmeldungen und kritischen Zwischenfällen. Strukturierte Bearbeitung sämtlicher Meldungen. Definieren von Verbesserungsmaßnahmen.
Involvierte Berufsgruppen	alle MA
Evaluation Aktivität / Projekt	interne Audits / externe Audits

Verbesserung Sicherheit Patienten und Mitarbeitenden

Ziel	Neustrukturierung der Sicherheit /Arbeitssicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	ganze Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 09/2016 - bis auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Arbeitssicherheit verbessern
Methodik	Neustrukturierung der ASG, Schulungen aller Mitarbeitenden
Involvierte Berufsgruppen	GL/KL/ASG (Arbeitsgruppe Gesundheit und Arbeitssicherheit)
Evaluation Aktivität / Projekt	H+ Audit in 2018

Erfassung von Sturz und Dekubitus im INES KIS

Ziel	Effiziente Erfassung und strukturierte Dokumentation von Stürzen und Dekubiti
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Pflege
Projekte: Laufzeit (von...bis)	06/2016 - 05/2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Strukturierte Erfassung von Stürzen und Dekubiti
Methodik	Implementierung von Erfassungsformularen im INES KIS, Schulungen der Anwender
Involvierte Berufsgruppen	Pflege und QM
Evaluation Aktivität / Projekt	interne Audits

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 2015 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

Der Gedanke der lernenden Organisation ist in der Q-Politik der Klinik verankert.

Mit der Umstrukturierung des Meldeportals in 2015 werden auch CIRS-Fälle systematisch erfasst.

CIRS-Fälle helfen, Verbesserungspotenzial und Schwachstellen in der Organisation oder den Prozessen zu entdecken.

Das Critical Incident Reporting System (CIRS) ist ein Teil unseres Qualitäts- und Risikomanagements.

Das System ist im KVP-Prozess integriert und dort klar definiert.

CIRS-Fälle werden interprofessionell bearbeitet und evaluiert.

Entsprechende sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen werden formuliert und eingeleitet.

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
KRBB Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft	Alle	www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/krebsregister-beider-basel/	Teilnahme bei KRBB

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 / ISO 9001:2015	Klinik Arlesheim	2005	2016	Zertifikat DIN ISO 9001:2008 erhalten Umstellung DIN ISO 9001:2015 bis spätestens 09/2018, Neu-Zertifizierung ISO 9001:2015 im Juni 2018
AnthroMed Kliniknetzwerk	Klinik Arlesheim	2009	2016	Zertifikat im Juni 2016 erhalten, gültig bis 2019
AnthroMed Pharmazie	Pharma (Heilmittelherstellung/ Apotheke)	2015	2017	Überprüfung erfolgt jährlich
Gout-Mieux	Bio-Zertifizierung Küche/Restaurant	2007	2017	Zertifikat erhalten
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Klinik Arlesheim	2007	2016	H+ Zertifikat November 2016 erhalten
bio-suisse-Knospe Komponenten Küche	Küche	2015	2017	Zertifikat ab 2017 erhalten

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%)
Klinik Arlesheim AG	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.49 (4.29 - 4.68)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.88 (4.68 - 5.08)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.67 (4.49 - 4.86)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.44 (4.20 - 4.69)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.29 (4.05 - 4.53)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	80.00 %

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse der Patientenbefragung wurden evaluiert und entsprechende Prozessverbesserungen erarbeitet und implementiert.

Das signifikant höhere Durchschnittsalter unserer Patienten, aber auch der Umstand, dass unsere Patienten mit der Anthroposophischen Medizin mehr Zeit für die Behandlung implizieren und somit eher dazu tendieren, den Aufenthalt als zu kurz zu bewerten, führt zu der Bewertung der genau richtigen Dauer des Spitalaufenthaltes von 80%.

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. 	
Klinik Arlesheim AG			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	120		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	58	Rücklauf in Prozent	48 %

5.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Die ersten drei Fragen sind identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die letzten drei Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Psychiatrie angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

Messergebnisse

Die Messergebnisse 2017 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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 der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 18 Jahre) versendet, die von September bis November 2017 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.3 Eigene Befragung

5.3.1 Zufriedenheitsbefragung aller stationären Patienten

Alle 3 Jahre führt die Klinik Arlesheim Patientenbefragungen zur Messung der Zufriedenheit durch.

In den von Mecon erstellten, validierten Fragebögen haben die Patienten die Möglichkeit, ihr Feedback zu den Themen Ärzte, Pflege, Organisation, Hotellerie und öffentliche Infrastruktur zu geben.

Besonders die zusätzlichen, schriftlichen Bemerkungen und Vorschläge der Patienten helfen, spezifische Potenziale zu erkennen.

Durch das Feedback der Patienten werden die Prozesse hinterfragt und entsprechende zielorientierte Verbesserungsmassnahmen zur Prozessoptimierung eingeleitet.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Mai 2017 bis Juli 2017 durchgeführt.

Die Befragung wurde in den stationären Abteilungen durchgeführt.

Im Zeitraum Mai bis Juli 2017 wurden alle Patienten befragt, die einen stationären Aufenthalt in unserer Klinik hatten.

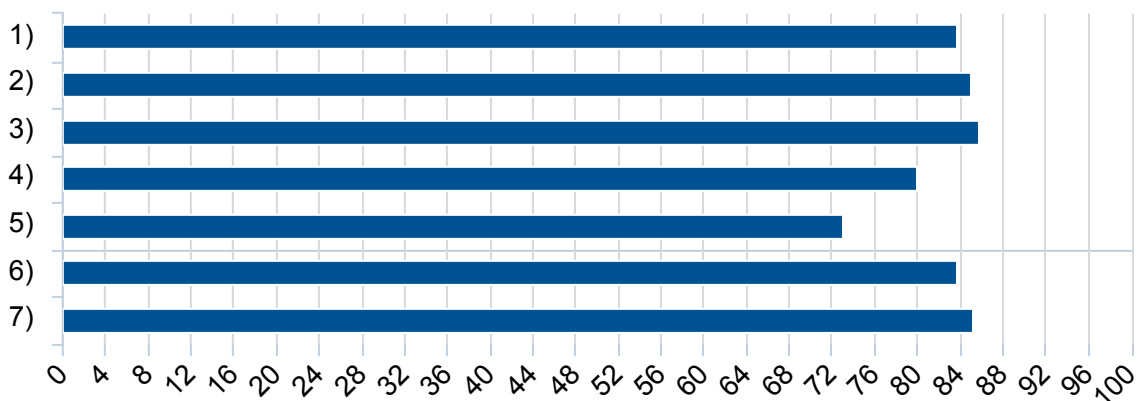
Die Befragung erfolgte schriftlich kurz nach dem Austritt.

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre wurden nicht in die Befragung miteinbezogen.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

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



0 = sehr schlecht / 100 = sehr gut

■ Klinik Arlesheim AG

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Arlesheim AG	83.70	85.00	85.70	79.90	73.10

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Klinik Arlesheim AG	83.80	85.20	91	32.50 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Gesamtzufriedenheit bezüglich des Aufenthalts in der Klinik Arlesheim wurde von den Patienten mit 83.7% bewertet. Der Wert ist grundsätzlich gut/akzeptabel.

Positive Hebelwirkung gemäss Analyse: Vertrauen in die Ärzte, persönliche und menschliche Beziehung zu den Ärzten. Diese sollen weiter gestärkt werden.

Hauptthemen der Unzufriedenheit mit besonderer Hebelwirkung wurden aus der Patientenbefragung herausgearbeitet, entsprechende Massnahmen zur Prozessverbesserung wurden definiert und implementiert.

Besonders die Unzufriedenheit mit der Organisation und dem Essen ist mit der Rochade verschiedener Stationen zu erklären, welche im März 2017 durchgeführt wurde.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

5.4 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Arlesheim AG

Qualitätsmanagement

Catrin Esser

Leitung Qualitätsmanagement

0061 705 7235

catrin.esser@klinik-arlesheim.ch

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 Mitarbeiterbefragung aller Mitarbeiter der Klinik

Die Mitarbeiterbefragung wurde durch die Firma **MECON measure & consult GmbH** im April / Mai 2015 durchgeführt.

Der Fragebogen der Mitarbeiterbefragung der Firma Mecon umfasst 57 Fragen und ist in 9 Bereiche gegliedert.

Diese sind: Arbeitsinhalte, Lohn, weitere Leistungen des Arbeitgebers, Arbeitszeit, Aus-, Fort- und Weiterbildung und interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Die nächste Befragung wird im Jahr 2018 durchgeführt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2015 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2018.

Es wurden alle Mitarbeitenden der Klinik Arlesheim befragt.

Es wurden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik Arlesheim befragt.

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

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	2015	2016**
Klinik Arlesheim AG		
Beobachtete Rate	Intern:	7.03%
	Extern:	3.17%
Erwartete Rate	6.95%	-
Verhältnis der Raten***	1.47	

** 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

Die Rehospitalisationsrate wurde intensiv durchleuchtet und die internen Fälle genau studiert.

Wir kommen zu dem Ergebnis, dass die Rehospitalisationsrate mit dem hohen Durchschnittsalter unserer Patienten zu tun hat, ausserdem sind unsere Patienten polymorbid und teilweise schwerkrank.

Die im ANQ-Bericht genannte Rate der externen Fälle können nicht untersucht werden, da wir keinen Zugriff auf diese Fälle haben.

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.
Klinik Arlesheim AG		
Anzahl auswertbare Austritte:	925	

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

	2014	2015	2016	2017
Klinik Arlesheim AG				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	4	2	2	1
In Prozent	21.10%	9.10%	14.30%	5.60%
Residuum* (CI** = 95%)	0.24 (-0.34 - 0.82)	0.06 (0.47 - 0.59)	0.26 (0.69 - 1.21)	

* 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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Sturzrate lag bei 5.6% und damit deutlich unter der Rate vom Vorjahr.

Massnahmen / Aktivitäten:

- kontinuierliche Evaluation der Stürze durch die Fachbereichsleitung und Fachexperten sowie die Einleitung entsprechender Massnahmen
- digitale Erfassung und monatliches Reporting
- transparente Sturzerfassung
- ausführliches Basisassessment inklusive tägliche Evaluation und Risikoscore
- Schulungen der Pflegefachkräfte

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 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. 	
Klinik Arlesheim AG			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	18	Anteil in Prozent (Antwortrate)	100.00%

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

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Klinik Arlesheim AG						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	0	0	-

** 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

Das Ergebnis der Vorjahre wurde in 2017 bestätigt.

Folgende Massnahmen / Aktivitäten tragen zu dem Ergebnis bei:

- regelmässiges Screening
- tägliches Assessment
- Prävention als Nebeneffekt der Äusseren Anwendungen

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. 	
Klinik Arlesheim AG			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	18	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	100.00%

15 Psychische Symptombelastung

15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patienten in der Psychiatrie wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet.

Die Fallführenden wie auch die Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Einschätzung der Fallführenden (Fremdbewertung).

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

HoNOS Adults	2014	2015	2016
Klinik Arlesheim AG			
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	9.45	7.34	7.14
Standardabweichung (+/-)	5.27	4.40	4.80

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2014	2015	2016
Klinik Arlesheim AG			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	56.08	44.07	35.89
Standardabweichung (+/-)	28.75	35.22	28.85

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

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 Werte der Klinik zeigen durchschnittliche Werte und liegen damit unter den Werten von 2015. Im Laufe des Jahres 2016 haben wir die Stationen Psychiatrie und Psychosomatik zu einem Fachbereich zusammengelegt und einige Behandlungssegmente verändert. Diese Veränderung hat kurzfristig durchschnittlich weniger gute symptomatische Verbesserungen erbracht. Mittlerweile wurde das Gesamtkonzept prozessual wie auch räumlich komplett angepasst und positioniert.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Rückmeldemanagement

Ausbau des Rückmeldemanagements

- Erhöhung der Patientenzufriedenheit
- Optimierung des Umgangs mit Rückmeldungen und kritischen Zwischenfällen
- Erfassung sämtlicher Rückmeldungen anhand eines Reportings
- strukturierte Bearbeitung der Rückmeldungen
- Vermeidung von kritischen Zwischenfällen
- der KVP wird gelebt - die Klinik als lernende Organisation
- Um eine differenziertere Erfassung der CIRS Meldungen zu ermöglichen, wird das Meldeportal aktualisiert.

18.1.2 Dokumentenmanagementsystem

Ausbau des einheitlichen Dokumentenmanagementsystems (DMS)

- Einheitliche, dem CD entsprechende Vorlagedokumente werden den Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt.
- Die Aktualität und Zugänglichkeit der Dokumente wird sichergestellt.
- Schulungen der zuständigen Mitarbeitenden werden durchgeführt.
- Um die Bearbeitung der Dokumente im System zu ermöglichen und diesen Prozess effizienter zu gestalten, wird das System aktualisiert - eine neuere Version wird implementiert.

18.1.3 Sicherheit für Patienten und Mitarbeitende

Sicherheit für Patienten und Mitarbeitende

- Neustrukturierung der ASG.
- Mitarbeiterbefragung zur ASG dient der Verbesserung.
- Verbesserungsmaßnahmen werden dokumentiert.
- Entsprechende Schulungen für die Mitarbeiter werden organisiert und durchgeführt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Abschluss Qualitätsentwicklungsprojekt

Qualitätsentwicklungsprojekt DIN ISO 9001:2015

- Ausbau des integralen QM-Systems in allen Abteilungen und aller relevanten Prozesse der Klinik Arlesheim
- Aufrechterhaltungsaudit im Oktober 2017
- Projektabschluss nach Aufrechterhaltung des Zertifikats
- Umwandlung von DIN ISO 9001:2008 zu DIN ISO 9001:2015

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Qualitätsentwicklungsprojekt

Qualitätsentwicklungsprojekt DIN ISO 9001:2015 in 2017 abgeschlossen

- **Projektart:** internes Projekt
- **Projektziel:** Aufbau eines integralen QM-Systems für alle Abteilungen und alle relevanten Prozesse der Klinik Arlesheim, Gestaltung einer Prozesslandkarte, Neugestaltung der Führungs-, Kern- und Supportprozesse, Umwandlung von DIN ISO 9001:2008 zu DIN ISO 9001:2015
- **Involvierte Berufsgruppen:** alle Berufsgruppen der Klinik
- **Evaluation:** Aufrechterhaltungsaudit nach DIN ISO 9001:2008 im Oktober 2017, Neuzertifizierung im Juni 2018

19 Schlusswort und Ausblick

Die Klinik Arlesheim bietet ihren Patientinnen und Patienten die bestmögliche Diagnostik, Behandlung, Pflege und Therapie. Unsere Qualität überprüfen und evaluieren wir im Rahmen des Qualitätsmanagements regelmässig.

Ein Schwerpunkt 2015-2017 war hierbei die systematische Arbeit an unseren Prozessen und Abläufen; im Zuge des Qualitäts-Entwicklungs-Projektes.

Dadurch wollen wir die Zufriedenheit unserer Patienten, Zuweiser und Mitarbeitenden kontinuierlich verbessern.

Wir legen grossen Wert darauf, die bestehende Qualität weiterhin zu gewährleisten, weiterzuentwickeln und auszubauen.

Die Klinik Arlesheim erfüllt die geforderten Qualitätsnachweise des ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken. Der ANQ koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie: www.anq.ch Die Resultate ermöglichen eine transparente und nationale Vergleichbarkeit.

Ebenso ist die Klinik Arlesheim Mitglied bei H+ - Die Spitälern der Schweiz - und erfüllt die geforderten Qualitätsnachweise des Bundes und des Gesundheitsdepartementes Basel-Landschaft.

Im Jahr 2018 wird das Qualitätsmanagementsystem der Klinik durch die Zertifizierungsstelle SQS nach der ISO Norm 9001:2015 in einem externen Audit überprüft, um dieses neu zertifizieren zu lassen.

Auch wird in 2018 die regelmässig durchgeführte Mitarbeiterbefragung stattfinden. Zufriedene Mitarbeiter sind Garanten für die hohe Qualität der Dienstleistungen und für zufriedene Patientinnen und Patienten.

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
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie

Bemerkungen

Zusätzliches Angebot der Klinik Arlesheim: PAL Palliative Care Kompetenzzentrum

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

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**).