

Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

06.05.2021
Alexander Faldey, Leitung Therapien und med. Querschnitt

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 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

Frau
Catrin Esser
Leitung Qualitäts- und Projektmanagement
061 705 7235
catrin.esser@klinik-arlesheim.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 | 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 Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt. | |
| 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte | 10 |
| 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen | 13 |
| 4.5 Registerübersicht | 14 |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht | 15 |
| QUALITÄTSMESSUNGEN | 16 |
| Befragungen | 17 |
| 5 Patientenzufriedenheit | 17 |
| 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik | 17 |
| 5.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie | 18 |
| 5.3 Beschwerdemanagement | 18 |
| 6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt. | |
| 7 Mitarbeiterzufriedenheit | 19 |
| 7.1 Eigene Befragung | 19 |
| 7.1.1 Mitarbeiterbefragung aller Mitarbeitenden der Klinik | 19 |
| 8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt. | |
| Behandlungsqualität | 20 |
| 9 Wiedereintritte | 20 |
| 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen | 20 |
| 10 Operationen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an. | |
| 11 Infektionen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant. | |
| 12 Stürze | 21 |
| 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz | 21 |
| 13 Wundliegen | 23 |
| 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus | 23 |
| 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant. | |
| 15 Psychische Symptombelastung | 25 |
| 15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie | 25 |
| 16 Zielerreichung und Gesundheitszustand Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an. | |
| 17 Weitere Qualitätsmessungen Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt. | |

| | | |
|---|---|-----------|
| 18 | Projekte im Detail | 27 |
| 18.1 | Aktuelle Qualitätsprojekte | 27 |
| 18.1.1 | Einführung PROMs und PREMs | 27 |
| 18.2 | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020 | 27 |
| 18.2.1 | Aufrechterhaltungsaudit nach DIN ISO 9001:2015 | 27 |
| 18.2.2 | Re-Zertifizierungsaudit nach AnthroMed..... | 27 |
| 18.2.3 | Notfall Plus | 27 |
| 18.3 | Aktuelle Zertifizierungsprojekte | 27 |
| 18.3.1 | Re-Zertifizierungsaudit nach DIN ISO 9001:2015..... | 27 |
| 19 | Schlusswort und Ausblick | 28 |
| Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot..... | | 29 |
| Akutsomatik | | 29 |
| Psychiatrie | | 30 |
| Herausgeber | | 31 |

1 Einleitung

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

Die Klinik Arlesheim ist ein Listenspital der Grundversorgung. Sie ist ein Akutspital mit 82 stationären Betten in den Bereichen Onkologie, Innere Medizin und Psychiatrie. Das breite ambulante Angebot umfasst Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Kinder- und Jugendmedizin; Psychiatrie/ Psychosomatik; Onkologie mit einer Tagesklinik von 24 Betten sowie die Fachambulanzen mit Gastroenterologie, Kardiologie, Neurologie, Pneumologie und Schlafmedizin.

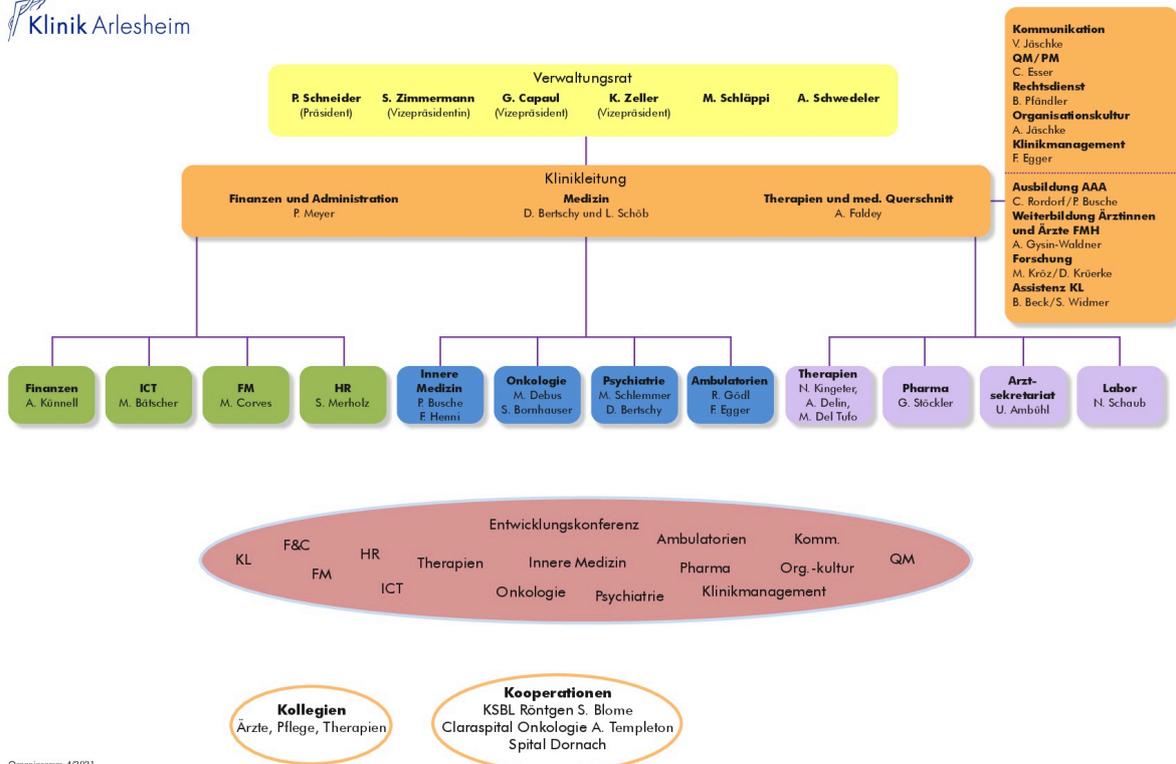
Die Anthroposophische Pflege und verschiedene Therapien runden das Angebot ab. Der Notfall der Klinik mit Walk-In und IMC ist rund um die Uhr geöffnet. Das Ita Wegman Ambulatorium Basel ist eine ambulante Filiale der Klinik Arlesheim mit einer Gemeinschaftspraxis für Hausarztmedizin und Therapien.

Als erste anthroposophische Klinik weltweit verfügt die Klinik Arlesheim über eine 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.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Organigramm 4/2021
Erstellung und Freigabe durch die
Klinikleitung der Klinik Arlesheim AG

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **130%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Alexander Faldey
Leitung Therapien und med. Querschnitt
061 705 7283
alexander.faldey@klinik-arlesheim.ch

Frau Catrin Esser
Leitung Qualitäts- und Projektmanagement
061 705 7235
catrin.esser@klinik-arlesheim.ch

Frau Nicole Dürler
Assistenz Qualitätsmanagement
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 2020

1. Aufrechterhaltungsaudit nach ISO 9001:2015
2. Re - Zertifizierungsaudit nach AnthroMed

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

Ziel 1: Erfolgreiche Durchführung des Aufrechterhaltungsaudits nach ISO 9001:2015.

Ziel 2: Erfolgreiche Durchführung des Re-Zertifizierungsaudits nach AnthroMed.

Ziel 3: Termingerechte Durchführung der internen Audits.

Ziel 4: Optimierung der Prozesse.

Ziel 5: Effiziente Durchführung von Projekten.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Re-Zertifizierung nach ISO 9001:2015
- Erbringen der geforderten Qualitätsindikatoren (ANQ, Bund)
- Durchführung der Mitarbeiterbefragung

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: |
|--|
| <i>Akutsomatik</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 |

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Aufrechterhaltungsaudit nach DIN ISO 9001:2015

| | |
|--|---|
| Ziel | Überprüfung des integralen QM-Systems und dessen Prozesse der Klinik Arlesheim AG |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | gesamte Klinik |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Überprüfung Zertifikat nach DIN ISO 9001:2015 |
| Methodik | externes Audit durch SQS |
| Involvierte Berufsgruppen | alle MA |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Re-Zertifizierungsaudit Juni 2021 |
| Weiterführende Unterlagen | Auditbericht |

Optimierung des Umgangs mit Rückmeldungen und kritischen Zwischenfällen

| | |
|--|--|
| Ziel | Die Klinik als lernende Organisation. Erhöhung der Patientenzufriedenheit. Vermeidung von kritischen Zwischenfällen. |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | gesamte Klinik |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | laufend |
| Art 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 / jährliche Managementbewertung |
| Weiterführende Unterlagen | KVP |

Verbesserung Sicherheit Patienten und Mitarbeitende

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

Erfassung von Sturz und Dekubitus im INES KIS

| | |
|--|---|
| Ziel | effiziente Erfassung und strukturierte Dokumentation von Stürzen und Dekubiti |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Pflege |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | laufend |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | strukturierte Erfassung von Stürzen und Dekubiti |
| Methodik | Erfassung sämtlicher Stürze und Dekubiti in den vorgesehenen Formularen im INES KIS |
| Involvierte Berufsgruppen | Pflege |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Prävalenzmessung Sturz / Dekubitus |

Evaluierung des zentralen Projektmanagements

| | |
|--|--|
| Ziel | Strukturierte Erfassung und Durchführung von Projekten |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Projektmanagement |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | ab 2020 |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Unstrukturierter Ablauf von Projekten, dadurch Ressourcenverlust |
| Methodik | Projektcontrolling |
| Involvierte Berufsgruppen | KL/Projektmanagement |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Monitoring durch das PM, Reporting an KL, Evaluation in jährlicher Managementbewertung |
| Weiterführende Unterlagen | internes Projekthandbuch |

Datenschutz

| | |
|--|---|
| Ziel | Einhaltung des Datenschutzes in der Klinik |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | gesamte Klinik |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | laufend |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | verantwortungsbewusster Umgang mit sensiblen Daten |
| Methodik | Schulung der MA, Überprüfung der Einhaltung des Datenschutzes |
| Involvierte Berufsgruppen | alle MA |
| Weiterführende Unterlagen | internes Datenschutzreglement, gesetzliche Vorgaben (Kanton/Bund) |

Interne Audits

| | |
|--|---|
| Ziel | Überprüfung der internen Prozesse |
| Bereich, in dem das Projekt läuft | Anwendungsbereich des QMS |
| Projekt: Laufzeit (von...bis) | laufend |
| Art des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Optimierung und effizientere Gestaltung der internen Prozesse |
| Methodik | Interviews / Begehungen |
| Involvierte Berufsgruppen | alle MA |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Auditberichte inkl. Massnahmen, jährliche Managementbewertung |

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 2015 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

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

Seit 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.

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

| Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen:: | | |
|---|----------------|--|
| Bezeichnung | Fachrichtungen | Betreiberorganisation |
| KRBB Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft | Alle | www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-support/krebsregister.html |

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 | Klinik Arlesheim | 2005 | 2018 | Zertifikat DIN ISO 9001:2015 im Juni 2018 erhalten |
| AnthroMed Kliniknetzwerk | Klinik Arlesheim | 2009 | 2020 | Zertifikat erhalten |
| AnthroMed Pharmazie | Pharma (Heilmittelherstellung/ Apotheke) | 2015 | 2020 | Überprüfung erfolgt jährlich |
| Gout-Mieux | Bio-Zertifizierung Küche/Restaurant | 2007 | 2019 | Zertifikat gültig bis Ende 2021 |
| Arbeitssicherheit H+ (EKAS) | Klinik Arlesheim | 2007 | 2016 | H+ Zertifikat November 2016 erhalten |
| bio-suisse-Knospe Komponenten Küche | Küche | 2015 | 2020 | Zertifikat gültig bis Ende 2021 |
| Demeter - biodynamische Landwirtschaft | Garten | 2013 | 2020 | Überprüfung erfolgt jährlich |
| Singendes Krankenhaus | Klinik Arlesheim | 2018 | 2018 | Zertifikat erhalten |
| SIWF | ärztliche Fort-/ Weiterbildung | 2015 | 2019 | Überprüfung erfolgt jährlich |

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

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/.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

In 2020 wurde aufgrund von der COVID19 Pandemie keine Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik durchgeführt.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|---------------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | ESOPE, Unisanté, Lausanne |

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 erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 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

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/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

In 2020 wurde von Seiten ANQ keine Nationale Patientenbefragung Psychiatrie durchgeführt.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|---------------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | ESOPE, Unisanté, Lausanne |

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Arlesheim AG

Qualitätsmanagement

Catrin Esser

Leitung Qualitätsmanagement

061 705 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 Mitarbeitenden der Klinik

Die Mitarbeiterbefragung wurde durch die Firma **MECON measure & consult GmbH** im April 2018 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, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Team, Führung, Beurteilung der institution und der Spitalleitung und Arbeitsplatz.

Die nächste Befragung wird im Jahr 2021 durchgeführt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2021.

Es wurden alle Mitarbeitenden 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.

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

Messergebnisse

| Datenanalyse (BFS) | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------------------------------------|------|------|------|------|
| Klinik Arlesheim AG | | | | |
| Verhältnis der Raten* | 1.47 | 1.43 | 0.97 | 0.91 |
| Anzahl auswertbare Austritte 2018: | | | | |

* 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. |

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 *** |
|--|------------------------|---------------------------------|------------------------|----------|
| Klinik Arlesheim AG | | | | |
| Anzahl im Spital erfolgte Stürze | 1 | 0 | 1 | – |
| In Prozent | 5.60% | 0.00% | 3.50% | – |
| Residuum* (CI** = 95%) | 0.02 (-0.39 - 0.43) | -0.04 (-0.47 - 0.40) | 0.02 (-0.50 - 0.55) | – |
| 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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Diese Messung wurde in 2020 aufgrund der COVID 19 Pandemie nicht erhoben.

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Berner Fachhochschule |
| Methode / Instrument | LPZ 2.0 |

| 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. ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. |

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

| | | Vorjahreswerte | | | 2020 *** | In Prozent *** |
|--|---|-------------------------|---|-------------------------|----------|----------------|
| | | 2017 | 2018 | 2019 | | |
| Klinik Arlesheim AG | | | | | | |
| Nosokomiale Dekubitusprävalenz | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 | 0 | 0 | 0 | – | – |
| | Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%) | -0.03 (-1.12 - 1.06) | -0.01 (-0.31 - 0.29) | -0.04 (-0.82 - 0.73) | – | – |
| 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/.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Diese Messung wurde in 2020 aufgrund der COVID 19 Pandemie nicht erhoben.

Angaben zur Messung

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Nationales Auswertungsinstitut | Berner Fachhochschule |
| Methode / Instrument | LPZ 2.0 |

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). ▪ 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. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. |

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 (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.

| HoNOS Adults | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Klinik Arlesheim AG | | | | |
| HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | 7.14 | 6.42 | 8.41 | 7.61 |
| Standardabweichung (+/-) | 4.80 | 4.63 | 5.87 | 5.92 |
| Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)* | -0.83 | -1.31 | -0.14 | -0.41 |
| Anzahl auswertbare Fälle 2019 | | | | 348 |
| Anteil in Prozent | | | | 100 % |

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

| BSCL | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|-------|-------|-------|--------|
| Klinik Arlesheim AG | | | | |
| BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | 35.89 | 33.25 | 31.07 | 29.20 |
| Standardabweichung (+/-) | 28.85 | 28.18 | 28.57 | 28.69 |
| Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)* | 3.51 | 3.24 | 1.55 | -4.52 |
| Anzahl auswertbare Fälle 2019 | | | | 276 |
| Anteil in Prozent | | | | 83.8 % |

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken.

Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

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/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

| Angaben zur Messung | |
|--------------------------------|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | 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 Einführung PROMs und PREMs

- Projektart: internes Projekt
- Projektziel: Umstrukturierung der Patientenbefragung
- Methodik: Umsetzung im Rahmen des Projektmanagements
- Involvierte Berufsgruppen: KL, QM, Forschung
- Projektevaluation: Projektabschluss
- Weiterführende Unterlagen: Projektdokumentation

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

18.2.1 Aufrechterhaltungsaudit nach DIN ISO 9001:2015

- Projektart: internes Projekt
- Projektziel: Aufrechterhaltung der Zertifizierung des QMS der Klinik Arlesheim AG
- Methodik: externes Audit
- Involvierte Berufsgruppen: alle MA
- Projektevaluation: Aufrechterhaltungsaudit in 2020
- Weiterführende Unterlagen: Auditbericht

18.2.2 Re-Zertifizierungsaudit nach AnthroMed

- Projektart: internes Projekt
- Projektziel: Re-Zertifizierung der Klinik Arlesheim AG nach AnthroMed
- Methodik: externes Audit
- Involvierte Berufsgruppen: alle MA
- Projektevaluation: Re-Zertifizierungsaudit in 2023
- Weiterführende Unterlagen: Auditbericht

18.2.3 Notfall Plus

- Projektart: internes Projekt
- Projektziel: Umstrukturierung Notfall organisatorisch und räumlich
- Involvierte Berufsgruppen: Team Notfall
- Projektevaluation: Projektabschluss, Patientenbefragung

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Re-Zertifizierungsaudit nach DIN ISO 9001:2015

Projektart: internes Projekt

Projektziel: Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems der Klinik.

Projektmethodik: externes Audit

Involvierte Berufsgruppen: alle Mitarbeitende

Vorbereitung / Evaluation:

- konsequente Durchführung von internen Audits entsprechend Jahresprogramm
- jährliche Managementbewertung
- Bearbeitung der Abweichungen und Hinweise aus dem letzten Audit
- kontinuierliche Überprüfung der Prozesse und deren mitgeltende Dokumente

Weiterführende Unterlagen: Bericht Aufrechterhaltungsaudit 2020, Berichte interne Audits

19 Schlusswort und Ausblick

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

Wir legen grossen Wert darauf, die bestehende Qualität 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 Spitäler der Schweiz - und erfüllt die geforderten Qualitätsnachweise des Bundes.

Durch die AnthroMed GmbH sind sowohl die Klinik als auch die Apotheke zertifiziert.

Die Küche ist durch Gout Mieux und Bio Knospe mit den entsprechenden Labels ausgezeichnet. Der Klinikgarten ist Demeter-zertifiziert. Ein weiterer Qualitätsausweis ist die Anerkennung als zertifizierte Weiterbildungsstätte durch das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF.

Aufgrund vielfältiger musikalischer Initiativen wurde der Klinik das Zertifikat "Singendes Krankenhaus" verliehen.

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 spitalinfo.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) |
| Wundpatienten |
| Nerven medizinisch (Neurologie) |
| Neurologie |
| Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems |
| Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten) |
| Zerebrovaskuläre Störungen |
| Epileptologie: Komplex-Diagnostik |
| Epileptologie: Komplex-Behandlung |
| Hormone (Endokrinologie/Diabetologie) |
| Endokrinologie |
| Magen-Darm (Gastroenterologie) |
| Gastroenterologie |
| Spezialisierte Gastroenterologie |
| Blut (Hämatologie) |
| Aggressive Lymphome und akute Leukämien |
| Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie |
| Indolente Lymphome und chronische Leukämien |
| Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome |
| Herz |
| Kardiologie (inkl. Schrittmacher) |
| Lunge medizinisch (Pneumologie) |
| Pneumologie |
| Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie |
| Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation |
| Cystische Fibrose |
| Rheumatologie |
| Rheumatologie |
| Interdisziplinäre Rheumatologie |
| Gynäkologie |
| Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum |
| Strahlentherapie (Radio-Onkologie) |
| Onkologie |

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+ 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.