

Qualitätsbericht 2008

AKUTSOMATIK
Berichtsperiode: 2008



KANTONSSPITAL
LAUFEN

Nach den Vorgaben von



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Einleitung	3
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick	4
3.1	Kontaktangaben	4
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	4
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital	4
4	Kennzahlen	6
4.1	Versorgungsstufe	6
4.2	Personalressourcen	6
4.3	Fallzahlen	6
4.4	Weitere Leistungskennzahlen	7
4.5	Top Ten-Diagnose stationär	7
4.6	Top Ten-Eingriffe	8
4.7	Altersstatistik	9
4.8	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	9
4.9	Mortalitätszahlen	10
4.9.1	<i>Mortalitätszahlen BAG</i>	10
4.9.2	<i>Umgang mit Todesfällen im Spital</i>	11
5	Zufriedenheitsmessungen	12
5.1	Patientenzufriedenheit MECON	12
5.1.1	<i>Gesamtzufriedenheitsmessung</i>	12
5.1.2	<i>Detaillierter Ausweis</i>	12
5.2	Mitarbeiterzufriedenheit	13
6	Qualitätsindikatoren	14
6.1	Rehospitalisation (Wiedereintritte)	14
6.1.1	<i>Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape</i>	14
6.1.2	<i>Beteiligung an anderen Messprogrammen</i>	14
6.2	Infektionen	14
6.2.1	<i>Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ</i>	14
6.2.2	<i>Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen</i>	15
6.2.3	<i>Präventionsmassnahmen</i>	15
6.3	Komplikationen	15
6.3.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	15
6.3.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	15
6.4	Pflegeindikator „Stürze“	16
6.4.1	<i>Beteiligung an Messprogrammen</i>	16
6.4.2	<i>Präventionsmassnahmen</i>	16
7	Qualitätsaktivitäten	17
7.1	Zertifizierungen	17
7.2	Übersicht von laufenden Aktivitäten	17
7.3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	18
8	Schlusswort und Ausblick	19

2 Einleitung

Das Kantonsspital Laufen ist ein öffentliches Spital des Kantons Basel-Landschaft. Unser Auftrag ist die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung für die Bevölkerung im Bezirk Laufen, im solothurnischen Bezirk Thierstein sowie weiteren angrenzenden Gebieten.

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter setzen sich täglich für die Genesung kranker Menschen ein. Dabei richtet sich ihr Handeln nach Menschlichkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Und ökologisches Handeln bestimmt unseren Spitalalltag. Als Ausbildungsbetrieb für angehende Ärztinnen und Ärzte, für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheits-, den administrativen und den handwerklichen Berufen nehmen wir unsere Verantwortung für den Nachwuchs wahr und sichern damit die Qualität in allen Bereichen unseres Hauses.

Die überschaubare Grösse unseres Hauses vermittelt unseren Patientinnen und Patienten, aber auch unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen familiären Rahmen. Unser Haus ist mit der Region eng verbunden. Es ist uns wichtig, dass das Kantonsspital Laufen im Einzugsgebiet Laufental/Thierstein als naheliegender, qualitativ hochstehender, am Persönlichen orientierter Anbieter wahrgenommen und nachgefragt ist.

Wir bieten unseren Patientinnen und Patienten eine ausgezeichnete ärztliche, pflegerische und therapeutische Betreuung in einem Klima der Menschlichkeit. Zusammenarbeit wird im kleinen Haus ganz groß geschrieben. Wir nutzen die enge Verbindung aller Abteilungen, um eine wirkungsvolle Behandlung auf höchstem Niveau zu erzielen. Zusammen mit den Hausärzten, unseren Beleg- und Konsiliarärzten, den Kantonsspitalern Bruderholz und Liestal sowie weiteren externen Institutionen bilden wir ein Netz, von dem unsere Patientinnen und Patienten getragen sind.

Mit unserem Ärzteteam spezialisierter Generalisten decken wir weit mehr als die allgemeine Grundversorgung ab. Insbesondere in der qualitativ hochstehenden Orthopädischen Chirurgie setzen wir Schwerpunkte in der Prothetik an Hüft- und Kniegelenken und in der minimal invasiven Operationsmethode in der Hüftchirurgie. Die postoperative Schmerzbehandlung ist dabei integrierter Bestandteil. Chronische Schmerzpatientinnen und -patienten sind in der Schmerzprechstunde unserer Schmerztherapeuten bestens betreut.

Unser Ärztlicher Dienst ist für eine rasche Diagnostik auf eine gute medizin-technische Infrastruktur angewiesen. Im Zentralen Untersuchungsdienst werden nebst radiologischen auch endoskopische, gastroenterologische und urologische Untersuchungen durchgeführt. Und für weitere Abklärungen steht das hauseigene Labor zur Verfügung. Wo Spezialabklärungen notwendig sind, suchen wir im Rahmen des kantonalen Verbundes die Zusammenarbeit mit den Basellandschaftlichen Kantonsspitalern.

Zu nachhaltiger Heilung gehört auch die passende Therapie, in der die Wiederherstellung und der Rückgewinn von Funktionen im Zentrum stehen und die auf die Rückkehr in den Alltag vorbereitend wirken soll. Diese Unterstützungen bieten wir in Form von Physio-, Aktivierungs- und auch Ergotherapie an.

Als öffentliches Spital richten sich unsere Leistungen in erster Linie nach dem Leistungsauftrag des Kantons Basel-Landschaft. Wir sind bestrebt, die Behandlung und Betreuung auf die individuellen Bedürfnisse unseren Patientinnen und Patienten abzustimmen, denn das persönliche Wohlbefinden steht für uns im Zentrum.

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

3.1 Kontaktangaben

Verantwortliche für Q-Bericht

Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Zuständigkeit
Rudolf Mohler	061 765 33 88	rudolf.mohler@ksla.bl.ch	Direktor
Martina Gottstein	061 765 33 20	martina.gottstein@ksla.bl.ch	Qualitätsbeauftragte
Marco Jaeck	061 765 34 49	marco.jaeck@ksla.bl.ch	Controller

3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Zuständigkeit	Anstellungs-% für Q-Bereich
Martina Gottstein	061 765 33 20	martina.gottstein@ksla.bl.ch	Leitung Q-Zirkel	30 - 40 %
Dr. med. Mario Bianchetti	061 765 32 32	mario.bianchetti@ksla.bl.ch	Q-Zirkel Mitglied	
Christine Biro	061 765 32 32	christine.biro@ksla.bl.ch	dito	
Sabine Stuhler	061 765 32 32	sabine.stuhler@ksla.bl.ch	dito	
Monica Rava	061 765 32 32	monica.rava@ksla.bl.ch	dito	
Barbara Streich	061 765 32 32	barbara.streich@ksla.bl.ch	dito	

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital

Datenquelle: z. Bsp. Jahresbericht. Angaben zu Organisation, Abläufen, Hinweis auf Steuerungsgruppen, Q-Zirkel, Q-Kommissionen etc.

Unser Q-Zirkel wurde im Jahre 2004 gebildet und ist heute fester Bestandteil. Unter der Federführung des Q-Zirkels werden die Patientenzufriedenheit im stationären Bereich (MECON) wie auch eigene Erhebungen im ambulanten Bereich getätigt, ausgewertet und verarbeitet.

Im ganzen Haus laufen kontinuierlich qualitätssichernde Aktivitäten. In Arbeitsgruppen werden Standards entwickelt, die in unserem Intranet veröffentlicht sind. Für die Überprüfung der Umsetzung werden aus den Arbeitsgruppen Verantwortliche benannt.

Standards und Messinstrumente

Pflegedienst

Wundpflege
Delirmanagement
Sturzprotokolle
Ernährungserfassung (Tellerdiagramme)
Pflegeprozess und Qualität der Pflegedokumentation

Übergeordnet

Hygienekommission
Sicherheitsbeauftragter ASA
Beschwerdemanagement

Labor

Akkreditierung

Logistik

Energie-Zertifizierung (ENERGO Projekt vom BUND)
Monitoring des Lebensmittelbereiches

Chirurgie

AQC
OP-Statut
Betriebsrichtlinien IMC/RR

Mitarbeiter/innen

Umfrage Mitarbeiterzufriedenheit
Vorschlagswesen
Brandschutzübungen

Physiotherapie

Kundenzufriedenheitsbefragung

Leistungserfassungsinstrumente

Validierung von LEP-Daten und Teilnahme am schweizerischen Datenvergleich mit LEP AG

4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BfS		
<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 5 (K123): Grundversorgung	Betriebe mit 0 - 3000 stationären Fällen

4.2 Personalressourcen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Personalgruppen	Anzahl Vollzeit-Äquivalente	Bemerkungen und Details (Kader, Assistenten, Belegsärzte etc.)
Ärzte	26	
Pflege	91	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	37	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie (nicht medizinisch)	64	
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)	23	zusätzlich 5 Ausbildungsstellen für Unterassistenten

Kommentar zu den Personalressourcen

Die Zahlen entstammen dem Geschäftsbericht 2008 der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft, 4410 Liestal.

Durchschnittlicher Stellenbestand in Vollzeitstellen: 218, davon 23 in Ausbildung

4.3 Fallzahlen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Anzahl stationäre Fälle			Anzahl teilstationäre Fälle			Bemerkungen
	Alter	0-17	18-65	66 -	0-17	18-65	
Medizin inkl. Akutgeriatrie		9	401	686		5	2
Chirurgie		51	476	295	23	113	35
Gynäkologie & Geburtshilfe		1	175	20	1	38	2
HNO		9	3	1	7	1	
Langzeitgeriatrie			3	23			
Gesunde Säuglinge		92			1		
Gesamt		162	1058	1025	32	157	39

Kommentar zu den Fallzahlen

4.4 Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung
Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen	
Pflegetage	25 489		
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	11.4 Tage	Gesamtes Spital (inkl. Rehabilitation/Akutgeriatrie)	
Geburten (stationär und ambulant)	93	1 ambulante Geburt	
Operationen stationär	747	Leistungserfassung nach REKOLE®	
Operationen ambulant und teilstationär	141	Leistungserfassung nach REKOLE®	
Kommentar zu den weiteren Leistungszahlen			
Nach REKOLE® gilt die Schnitt-/Nahtzeit			

4.5 Top Ten-Diagnose stationär

Datenquelle				
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung	
Rang	Anzahl Fälle	Anteil an stationären Fällen [%]	ICD-Code	Beschreibung: ICD ausgeschrieben
1	81	3.61 %	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus
2	43	1.92 %	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
3	37	1.65 %	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis
4	37	1.65 %	K40.9	Hernia inguinalis (einseitig) o.n.A.
5	34	1.51 %	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege
6	34	1.51 %	Z47.0	Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung
7	31	1.38 %	J22	Akute Infektion der (unteren) Atemwege o.n.A.
8	28	1.25 %	I50.0	Rechtsherzinsuffizienz
9	28	1.25 %	S06.00	Commotio cerebri
10	24	1.07 %	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen
Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär				
Die Top-Ten-Liste ist für unser Haus nicht sehr aussagekräftig, da wir sehr viele multimorbide Patienten betreuen; vgl. Kommentar zu 4.7.				

4.6 Top Ten-Eingriffe

Datenquelle				
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung	
Rang	Anzahl Eingriffe	Anteil an stationären Fällen [%]	CHOP-Code	Beschreibung: CHOP ausgeschrieben
1	63	2.81 %	80.6	Menishektomie am Knie
2	44	1.96 %	44.13	Sonstige Gastroskopie
3	35	1.56 %	51.23	Laparoskopische Cholezystektomie
4	31	1.38 %	81.51	Totalendoprothese des Hüftgelenks
5	29	1.29 %	79.36	Offene Reposition einer Fraktur an Tibia und Fibula mit innerer Knochenfixation
6	26	1.16 %	75.69	Naht eines anderen frischen geburtsbedingten Risses
7	24	1.06 %	79.32	Offene Reposition einer Fraktur an Radius und Ulna mit innerer Knochenfixation
8	24	1.06%	81.54	Totalendoprothese des Kniegelenks
9	22	0.98 %	53.04	Operation einer indirekten Inguinalhernie mit Transplantat oder Prothese
10	22	0.98 %	86.59	Verschluss von Haut und Subkutangewebe anderer Lokalisation
Kommentar zu den Top Ten-Eingriffen				

4.7 Altersstatistik

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Kategorie	Alter	Anzahl männliche Patienten ♂	Anzahl weibliche Patientinnen ♀
1	0 bis 1	45	47
2	2 bis 4	0	0
3	5 bis 9	10	6
4	10 bis 14	12	12
5	15 bis 19	25	32
6	20 bis 24	36	43
7	25 bis 29	28	40
8	30 bis 34	27	62
9	35 bis 39	41	60
10	40 bis 44	69	38
11	45 bis 49	64	65
12	50 bis 54	75	53
13	55 bis 59	74	59
14	60 bis 64	95	68
15	65 bis 69	64	79
16	70 bis 74	67	83
17	75 bis 79	122	133
18	80 bis 84	120	158
19	85 bis 89	63	87
20	90 bis 94	35	26
21	95 und älter	3	19
Gesamt		1075	1170

Kommentar zur Alterstatistik

Das Altersprofil unserer Patientenschaft zeigt eine markante Abweichung zum schweizerischen Durchschnitt. Gesamthaft macht die Altersgruppe 65+, d.h. Patientinnen und Patienten im Alter von 65 Jahren oder älter, 31 % aus. Im Gegensatz zu dieser schweizerischen Kennziffer erhöhte sich der Anteil dieser Gruppe gegenüber dem Vorjahr nochmals und belief sich im 2008 auf 47, 2 %.

4.8 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Case-Mix-Index des Spitals (CMI)	1.071
Definition des Case-Mix-Index	AP-DRG-Groupier 1.9, Costweight Version 6.0
Notfallstation	<input checked="" type="checkbox"/> mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle ambulant und stationär	6193	
Verlegungen in ein anderes Spital	155	
Austritte nach Hause	2043	Inkl. Teilstationäre Fälle
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	185	

Kommentar zu den Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Kommentar zur Altersverteilung siehe unter 4.7.

4.9 Mortalitätszahlen

Die Publikation der Mortalitätszahlen BAG / Helios wird durch das Bundesamt für Gesundheit vorgenommen. Datenquelle ist die medizinische Statistik vom Bundesamt für Statistik (BfS). Ausgewertet wird nach der für die Schweizer Verhältnisse angepasste Helios-Methode (deutsch, private Klinikgruppe).

4.9.1 Mortalitätszahlen BAG

BAG-Indikatoren: Stationäre Patienten mit Austritt 2008				
Mortalitätsstatistiken				
Name	Wert	Anzahl	Erwartet 2006 BAG	Referenzwert D
Hauptdiagnose Herzinfarkt, Anteil Todesfälle (BAG)	23.7%	9	5.5%	< 10,7% (St. BA)
davon Herzinfarkt, Altersgruppe < 45, Anteil Todesfälle (BAG)			1.3%	< 2,6% (St. BA)
davon Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle (BAG)			2.3%	< 4,3% (St. BA)
davon Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle (BAG)	18.8%	3	7.3%	< 12,0% (St. BA)
davon Herzinfarkt, Altersgruppe >=85, Anteil Todesfälle (BAG)	75.0%	6	22.2%	< 28,8% (St. BA)
Hauptdiagnose Herzinfarkt, Direktaufnahmen ohne Verlegungen, Anteil Todesfälle (BAG)	28.1%	9	6.9%	k. A.
Hauptdiagnose Herzinfarkt, Verlegung aus anderem Spital, Anteil Todesfälle (BAG)			2.4%	
Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >19), Anteil Todesfälle (BAG)	13.6%	6	8.7%	< 11,4% (St. BA)
davon Herzinsuffizienz, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle (BAG)			k.A.	< 4,1% (St. BA)
davon Herzinsuffizienz, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle (BAG)			3.0%	< 5,3% (St. BA)
davon Herzinsuffizienz, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle (BAG)	13.0%	3	7.8%	< 10,1% (St. BA)
davon Herzinsuffizienz, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle (BAG)	16.7%	3	13.6%	< 18,4% (St. BA)
Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen, Anteil Todesfälle (BAG)	22.7%	5	13.9%	< 11,4% (St. BA)
davon Schlaganfall, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle (BAG)			6.2%	< 3,8% (St. BA)
davon Schlaganfall, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle (BAG)			6.8%	< 5,5% (St. BA)
davon Schlaganfall, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle (BAG)	25.0%	3	12.9%	< 11,2% (St. BA)
davon Schlaganfall, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle (BAG)	25.0%	2	22.9%	< 21,0% (St. BA)
Hirninfrakt (ICD I63, Alter >19), Anteil Todesfälle (BAG)	21.1%	4	8.8%	< 8,4% (St. BA)
Intrazerebrale Blutung (ICD I61, Alter >19), Anteil Todesfälle (BAG)	50.0%	1	32.4%	k. A.
Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD I64), Anteil Todesfälle (BAG)			11.8%	k. A.
Hauptdiagnose Pneumonie, Anteil Todesfälle (BAG)	8.3%	4	6.9%	< 11,2% (St. BA)
davon Pneumonie, Altersgruppe <15, Anteil Todesfälle (BAG)			k.A.	< 0,10% (St. BA)
davon Pneumonie, Altersgruppe 15-44, Anteil Todesfälle (BAG)			0.5%	< 2,0% (St. BA)
davon Pneumonie, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle (BAG)			4.4%	< 7,6% (St. BA)
davon Pneumonie, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle (BAG)	4.3%	1	7.3%	< 14,5% (St. BA)
davon Pneumonie, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle (BAG)	21.4%	3	11.6%	< 22,7% (St. BA)
Cholezystektomie bei Gallensteinen, Anteil Todesfälle (BAG)			0.4%	< 0,4% (Literatur)
Inguinal/Femoral/Bauchwand/Nabelhernie, Anteil Todesfälle (BAG)			0.4%	< 0,12% (3M)
Kolorektale Resektionen insgesamt (BAG)				
davon Kolonresektionen bei Karzinom (Krebs) ohne kompliz. Diagnose, Anteil Todesfälle (BAG)			4.0%	k. A.
davon Kolonresektionen bei Karzinom (Krebs) mit kompliz. Diagnose, Todesfälle (BAG)			2.9%	
davon Rektumresektionen bei Karzinom (Krebs), Anteil Todesfälle (BAG)			2.2%	< 6% (Literatur)
davon kolorektale Resektionen, bei Divertikel ohne Abszeß/Perforation, Todesfälle (BAG)			0.8%	< 2% (Helios)
davon Kolonresektionen, bei Divertikel mit Abszeß/Perforation, Todesfälle (BAG)			5.6%	k. A.
davon kolorektale Resektionen bei anderer Diagnose Todesfälle (BAG)			7.6%	
Komplexe Eingriffe am Ösophagus, Anteil Todesfälle (BAG)			3.0%	k. A.
Pankreasresektionen gesamt, Anteil Todesfälle (BAG)			3.1%	k. A.
Aortenaneurysma nicht rupturiert abdominal, Anteil Todesfälle (BAG)			2.5%	< 5% (Literatur)
Geburten mit Anteil an Todesfällen der Mutter (BAG)			0.0%	< 0,005% (St. BA)
Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen, Anteil Todesfälle (BAG)			0.2%	< 0,014% (Helios)
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (nicht bei Fraktur, BQS 17/2), Todesfälle (BAG)			0.2%	< 0,26% (BQS)
Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und Komponentenwechsel (BQS 17/3), Anteil Todesfälle (BAG)			0.3%	<1,1% (BQS)
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (BQS 17/5+17/6), Anteil Todesfälle (BAG)			0.1%	< 0,1% (BQS)
Wechsel einer Knie-TEP (nach BQS 17/7), Anteil Todesfälle (BAG)			0.0%	<0,22% (BQS)
Schenkelhalsfraktur, alle Altersgruppen, Anteil Todesfälle (BAG)	5.6%	1	3.9%	k. A.
Nephrektomie, Anteil Todesfälle (BAG)			1.7%	< 3% (Literatur)
Partielle Nephrektomie, Anteil Todesfälle (BAG)			0.0%	< 0,5% (Helios)
Prostata-TUR, Anteil Todesfälle (BAG)			0.3%	< 0,2% (Helios)
Radikale Prostatovesikulektomie, Anteil Todesfälle (BAG)			0.2%	< 0,5% (Helios)
Beatmungsfälle insgesamt (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle (BAG)			15.5%	< 35% (Helios)
davon Beatmung > 95 Stunden (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle (BAG)			k.A.	
Sepsis, Anteil Todesfälle (BAG)	42.9%	9	23.9%	< 25,7% (3M)

weitere BAG-Indikatoren				
Name	Wert	Anzahl	Erwartet 2006 BAG	Referenzwert D
Schrittmacherversorgung (Implantationen und Wechsel incl. Defibrillatoren) (BAG)				
Anteil Schlaganfall nicht näher bezeichnet an allen Schlaganfällen (ICD I64) (BAG) Anteil Diagnosen			20.1%	< 5% (Helios)
Stationäre Behandlungen wegen Lungenkrebs (BAG)	25.0%	4		-
Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne TU, Anteil laparoskopische OP (BAG) Anteil Technik			90.9%	> 90% (Helios)
Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne TU, Anteil Umsteiger (BAG) Anteil Technik			2.9%	<3% (Helios)
Kolorektale Resektionen insgesamt (BAG)				-
Zusätzliche ausschließlich lokale kolorektale Eingriffe bei Karzinom (Krebs) (BAG) Fallzahl				
Zusätzliche ausschließlich lokale kolorektale Eingriffe nicht bei kolorekt. Karzinom (BAG) Fallzahl				
Geburten mit Dammriß 3. oder 4. Grades (BAG)			2.6%	<= 3% (BQS)
davon mit Episiotomie (BAG) Anteil Prozedur			27.6%	-
Kaiserschnitttrate (Sectorate) in % aller Geburten (BAG) Anteil Prozedur			30.4%	-
Anteil vaginale/laparoskopische OPs bei Hysterektomien (BAG) Anteil Technik			52.4%	> 85% (Helios)
Stationäre Behandlungen wegen Brustkrebs (BAG)	10.0%	1		-
Alle Eingriffe an der Brust (Mammaresektionen und -plastiken) (BAG)				-
Nephrektomie, Anteil laparoskopische Ops (BAG) Anteil Technik			10.5%	-
Partielle Nephrektomie, Anteil laparoskopische Ops (BAG) Anteil Technik			9.5%	-
Fälle mit Prostata-Karzinom (als Haupt- oder Nebendiagnose) (BAG)	25.0%	2		-

Kommentar zu den Mortalitätszahlen BAG

Zur Interpretation der Mortalitäts- und der andern BAG-Indikatoren ist es ebenfalls wichtig, der speziellen Altersstruktur unserer Patientenschaft Beachtung zu schenken.

4.9.2 Umgang mit Todesfällen im Spital

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital besitzt keine Todesfallmanagement
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital besitzt ein Todesfallmanagement:
	Beschreibung der Todesfallmanagements / Umgang mit Todesfällen im Spital
	Wir ermöglichen unseren Patientinnen und Patienten ein würdevolles Sterben in einem angepassten Rahmen. Die individuellen Bedürfnisse der/ des Sterbenden werden berücksichtigt und deren/dessen soziales Umfeld in die Begleitung miteinbezogen. (Der Wunsch, zuhause zu sterben, wird unterstützt. Auf Wunsch organisieren wir seelischen Beistand unter Berücksichtigung der Konfession.)

5 Zufriedenheitsmessungen

In den folgenden Kapiteln und Unterkapiteln werden zwei Begriffe verwendet:

- „intern“ bedeutet, dass ein Messinstrument **betriebsintern aufgebaut und eingesetzt** wurde
- „validiert“ bedeutet, dass eine **betriebsübergreifende Fachinstanz** ein Messinstrument entwickelt und wissenschaftlich validiert und getestet hat.

5.1 Patientenzufriedenheit MECON

Name des Anbieters	Entwicklung	Name Messinstrument / -programm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
MECON	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	schriftliche Patientenbefragung (nach stationärem Aufenthalt)	standardisierter Fragebogen	Jan. - Dez. 2008	-	2'000 Fragebogen versandt

5.1.1 Gesamtzufriedenheitsmessung

Frage zur generellen Zufriedenheit	Antworten	Wert [%]
Würden Sie das Spital Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen?	Ja	96.3 %
	Eher nicht	3.7 %

5.1.2 Detaillierter Ausweis

Bereich/Abteilung	Wert [%]	Bemerkungen
Bereich Ärzte	87.3 Punkte	
Bereich Pflege	85.9 Punkte	
Bereich Organisation	81.5 Punkte	
Bereich Essen	85.8 Punkte	
Bereich Wohnen	87.6 Punkte	
Bereich Öffentliche Infrastruktur	84.9 Punkte	
Total (=gewichtetes Mittel über alle Bereiche)	85.7 Punkte	

Kommentar

Der Fragebogen enthält Fragen zu allen für die Patientinnen und Patienten wichtigen Bereichen. Aus den Antworten wird ein **Index** berechnet, der von **0 Punkte** (alle Patienten geben die **schlechteste Antwort**) bis **100 Punkte** (alle Patienten geben die **beste Antwort**) reicht.

Die Resultate der Patientenbefragung sind wichtige Kennzahlen für das Qualitätsmanagement und bilden eine Grundlage zur stetigen Verbesserung der Dienstleistungen des Spitals.

Zudem erhalten wir von den eingegangenen Bögen etwa ein Viertel Vorschläge zur Verbesserung oder auch kritische Bemerkungen, die alle individuell bearbeitet und beantwortet werden.

5.2 Mitarbeiterzufriedenheit

Sind mehrere Messprogramme zur Mitarbeiterzufriedenheit im Einsatz, bitte die Liste des Anbieters und die Resultat-Tabelle entsprechend oft kopieren.

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	Fragebogen	5er-Rating für alle Standardfragen Unzufriedenheits-Index	Mai 2008		Gemeinsame Umfrage Spitäler BL

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte	35.9	
Pflege	46.7	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	35.6	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie	36.1	
Gesamtinstitution	41.2	
Kommentar		
Zur Interpretation der vorstehenden Umfragewerte ist unbedingt zu beachten, daß die Messmethode der MECON einen Unzufriedenheits-Index ermittelt.		

6 Qualitätsindikatoren

In den folgenden Kapiteln und Unterkapiteln werden zwei Begriffe verwendet:

- „intern“ bedeutet, dass ein Messinstrument **betriebsintern aufgebaut und eingesetzt** wurde
- „validiert“ bedeutet, dass eine **betriebsübergreifende Fachinstanz** ein Messinstrument entwickelt und wissenschaftlich validiert und getestet hat.

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte)

6.1.1 Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte Innert 30 Tagen	Rehospitalisationsrate: Werte [%]	Bemerkungen
			im 2008 nicht erhoben

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation:

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert					

Resultate

Kommentar

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht am Messprogramm von SwissNOSO
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich am Messprogrammen mit unten aufgeführten Messthemen (3 aus 8)

	Messthemen	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Gallenblase		
<input type="checkbox"/>	Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/>	Hernieoperation		
<input type="checkbox"/>	Operation am Dickdarm		
<input type="checkbox"/>	Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/>	Herzchirurgie		
<input type="checkbox"/>	Hüftgelenksprothesen		
<input type="checkbox"/>	Kniegelenksprothesen		

6.2.2 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Infektionen
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Infektionen:

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert					

Resultate
Kommentar

6.2.3 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen:
	Konsequente Einhaltung der Hygienevorschriften Isolationskonzept Pneumonie-Prophylaxe Frühzeitige Mobilisation

6.3 Komplikationen

H+ verzichtet in diesem Jahr auf eine Vorgabe zur Messung und Publikation von Komplikationsdaten.

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen
	Begriffsdefinition „Komplikation“

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
AQC*	<input checked="" type="checkbox"/> validiert	AQC	www.aqc.ch	31.12.2008	½-jährlich	seit 01.01.2007

Resultate
Kommentar
*Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie, ISO-zertifiziert

6.3.2 Präventionsmassnahmen

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen

6.4 Pflegeindikator „Stürze“

H+ verzichtet in diesem Jahr auf eine Vorgabe zur Messung und Publikation von Sturzdaten.

6.4.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze	
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze	
	Begriffsdefinition „Sturz“:	Hausinterne Entwicklung eines Sturzkonzeptes mit der Erfassung der Sturzinzidenz von stationären und ambulanten Patienten mittels Sturzprotokoll

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
KSLa	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	Sturzprotokoll	Manuelle Erfassung jeglicher Stürze	Seit 2006	kontinuierlich	Analysieren und dementsprechende Massnahmen einleiten.

Resultate	
2007: 2.75 Stürze/1000 Pflgetage	2008: 3.53 Stürze/1000 Pflgetage
Kommentar	
Fazit: Anzahl Stürze steigend in der Altersgruppe 75 - 85 Jahre. Zunahme der Multimorbidität; vgl. Kommentar zu 4.7.	

6.4.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	Bei Eintritt des Patienten wird in der Pflegeanamnese das Sturzrisiko bereits erfasst. Es werden erste Massnahmen ergriffen (ABS-Socken, Überprüfung der Gehhilfen, Hüftprotektoren etc.)

7 Qualitätsaktivitäten

7.1 Zertifizierungen

Datenquelle: Spitalinformationen

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Labor	ISO/IEC 17025	2007	2008	Akkreditierung

7.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten (z. Bsp. CIRS, Vorschlagswesen, Register etc.)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
Ganzer Betrieb	Mitarbeiter: Vorschlagswesen	Steigerung Mitarbeiterzufriedenheit	eingeführt
	Logistik: Ständige Überprüfung der Arbeitsbedingungen und ggf. Anpassung	ASA-Umsetzung	laufend
	Logistik: Brandschutzübungen	Korrektes Verhalten im Brandfall	laufend
	Pflege: Sturzprotokoll	Prävention von Stürzen	laufend
	Pflege/ärztlicher Dienst: Delirmanagement	schnelle Reaktion auf akutes Delir	laufend
	Pflege/ärztlicher Dienst: Mangelernährung	Nutritional Risk-Score erfassen und erkennen	laufend
	REA-Fortbildung	alle Mitarbeiter befähigen	laufend
	Qualitätszirkel: Bearbeiten von qualitätsrelevanten Themen	Sicherstellung und Verbesserung der bestehenden und Implementierung neuer Qualitätssicherungssysteme	laufend
	Hygienekommission: Bearbeiten von Qualitätsstandards	Lebendes Hygienesystem	laufend
Pflege	Pflegeprozess und permanente Überprüfung der Pflegedokumentation	Standardisierte Pflege Patientensicherheit	laufend
Medizintechnik	Qualitätssicherung / Konstanzprüfungen der Röntgengeräte	BAG geprüfte Geräte und Räume	laufend
Logistik	Überprüfung der Reinigungspläne/ Schnittstellenbereinigung	Effiziente, hygienekonforme Reinigung, Pflichtenhefte	Laufend seit 2004
Kommentare			

7.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Logistik	ENERGO	Effiziente Energienutzung	2004 - 2008
Medizintechnik	PACS	Elektronische Speicherung von Bildmaterial in der Radiolo- gie/ZUD	2008 -
Informatik	KIS	Prozessdarstellung und -über- prüfung	2008 -
Labor	Zertifizierung	Begehung	jährlich
OPS	Operational Qualification OQ	Abnahme des OPS gem. den Vorschriften	jährlich
Kommentare			

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

8 Schlusswort und Ausblick

Dieses Kapitel steht dem Spital für individuelle Bemerkungen zur Verfügung. Bitte maximal diese Seite verwenden.

Als Ausblick für das Jahr 2009 haben wir die Implementierung eines Fehlermanagementprogramms (CIRS) vorgesehen, wir möchten unsere Fehlerkultur verbessern und in diesem Rahmen nach Möglichkeiten suchen, die es uns gestatten, anonym von Fehlern anderer zu lernen und auch anderen die Chance zu geben, von unseren Fehlern zu lernen.

Im Zuge der Gesundheitsreformen werden wir laufend unsere Prozesse dokumentieren, an die neuen Gegebenheiten anpassen und auf die Wirtschaftlichkeit wie auch die Funktionalität hin überprüfen.

Es ist eine erste Selbstdarstellung gemäss dem EFQM-Modell angestrebt.

Die Fachkompetenz unserer Dienste und die Qualität unserer Leistungen sind zentrale Kriterien. Unsere Standards und Prozesse werden laufend überprüft, weiterentwickelt und durch externe Überprüfung gesichert. Patientenzufriedenheits-Messungen, die Mitgliedschaft bei der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC) und die bevorstehende Einführung von CIRS tragen wesentlich zu einer offenen, interdisziplinären Arbeitskultur bei, zu der auch der vorbehaltlose Umgang mit Fehlern gehört.