Kantonsspital Baselland

Liestal ▲ **Bruderholz** ▲ Laufen

Kantonsspital Baselland
Bruderholz
4101 Bruderholz

www.bruderholzspital.ch

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Impressum

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_patientensicherheit/qualitaetsbericht*

Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Beteiligte Kantone / Gremien

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/h_verband/fachkommissionen*

Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Handen des Kantons auszufüllen.

Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch:*www.anq.ch*

Inhaltsverzeichnis

A Einleitung 1
B Qualitätsstrategie 2
B1 Qualitätsstrategie und -ziele 2
B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011 2
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011 2
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 2
B5 Organisation des Qualitätsmanagements 2
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 3
C Betriebliche Kennzahlen und Angebot 4
C1 Angebotsübersicht 4
C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011 6
C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011 6
C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation 6
C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulanteRehabilitation) 7
C4-4 Personelle Ressourcen 7
D Qualitätsmessungen 9
D1 Zufriedenheitsmessungen 9
D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit 9
D1-2 Angehörigenzufriedenheit 10
D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit 11
D1-4 Zuweiserzufriedenheit 12
D2 ANQ-Indikatoren 13
D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® 13
D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® 13
D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO 15
D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ 19
D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011 21
D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ) 21
D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ) 22
D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung 23
E Verbesserungsaktivitäten und -projekte 24
E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards 24
E2 Übersicht überlaufende Aktivitäten und Projekte 24
E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte 25
F Schlusswort und Ausblick 25

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

A Einleitung

Das Kantonsspital Baselland / Bruderholz verfügt über 398 Betten, verteilt auf 15 Bettenstationen. Angeboten wird eine so genannte erweiterte Grundversorgung', d.h. bis zu 95% aller Fälle können hier behandelt werden. Dazu stehen verschiedene Institute und Kliniken mit ausgewiesenen Fachleuten zur Verfügung. Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege sind unter einem Dach vereint. Diese Kombination ist in der Region Basel einmalig.
Das Kantonsspital Baselland / Bruderholz bietet eine interdisziplinäre Notfallstation verbunden mit einer 24h-Diagnostik an.

Das medizinische Leistungsangebot umfasst:

- 24-Stunden-Notfallstation mit integrierter Hausärztlicher Notfallpraxis
- Innere Medizin und ihre Spezialitäten
- Chirurgie und ihre Spezialitäten
- Orthopädie und ihre Spezialitäten
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Akutgeriatrie
- Rehabilitation
- Radiologie
- Anästhesie und Intensivmedizin
- Ambulantes OP-Zentrum
- Praeoperative Abklärungsstation
- Zentrallaboratorien
- Medizin-diagnostisches Zentrum
- Therapiezentrum mit Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie
- Ambulante Sprechstunden in allen Kliniken

Weitere medizinische Angebote und Dienstleistungen sind:

- Konsiliarärzte aus vielen anderen medizinischen Disziplinen
- Traditionelle chinesische Medizin (TCM)
- Sozialberatung
- Ernährungs- und Diabetesberatung
- Psychologische Betreuung und Seelsorge

Ein wichtiges Anliegen ist der aktive Informationsaustausch mit Hausärzten und anderen externen Fachpersonen. Dabei kommt dem persönlichen Kontakt eine grosse Bedeutung zu. So werden Schnittstellen zu Nahtstellen.

Im Berichtsjahr 2011 war das Kantonsspital Bruderholz ein eigenständiger kantonaler Betrieb. Aktuell ist es Bestandteil der Gruppe Kantonsspital Baselland. Dies führt zu den unterschiedlichen Nennungen abhängig davon, ob es sich um Daten 2011 oder aktuelle Angaben handelt.

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die Qualitätsstrategie KSB beinhaltet die spitalweite Qualitätssicherung unter Ausrichtung nach EFQM und mittels Prozessmanagement. Die Strategie basiert auf den Grundlagen KVG, Gesundheitsgesetz BL, Leistungsauftrag, CH-weit gültigen Q-Indikatoren sowie dem Leitbild KSB.
☒ Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

- Auf- und Ausbau Qualitätsmanagement nach dem Modell EFQM im Gesamtspital
- Vorbereitung auf Abrechnung nach DRG (Verkürzung der Hospitalisationen und Optimierung der Tageschirurgie)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

- Einrichtung und Inbetriebnahme der Präoperativen Abklärungsstation (PAS)
- Einrichtung und Inbetriebnahme der Tageschirurgie
- Zertifizierung nach ISO 9001:2008 Infrastruktur & Hotellerie
- Patienten-Pfade (DRG) in allen Kliniken

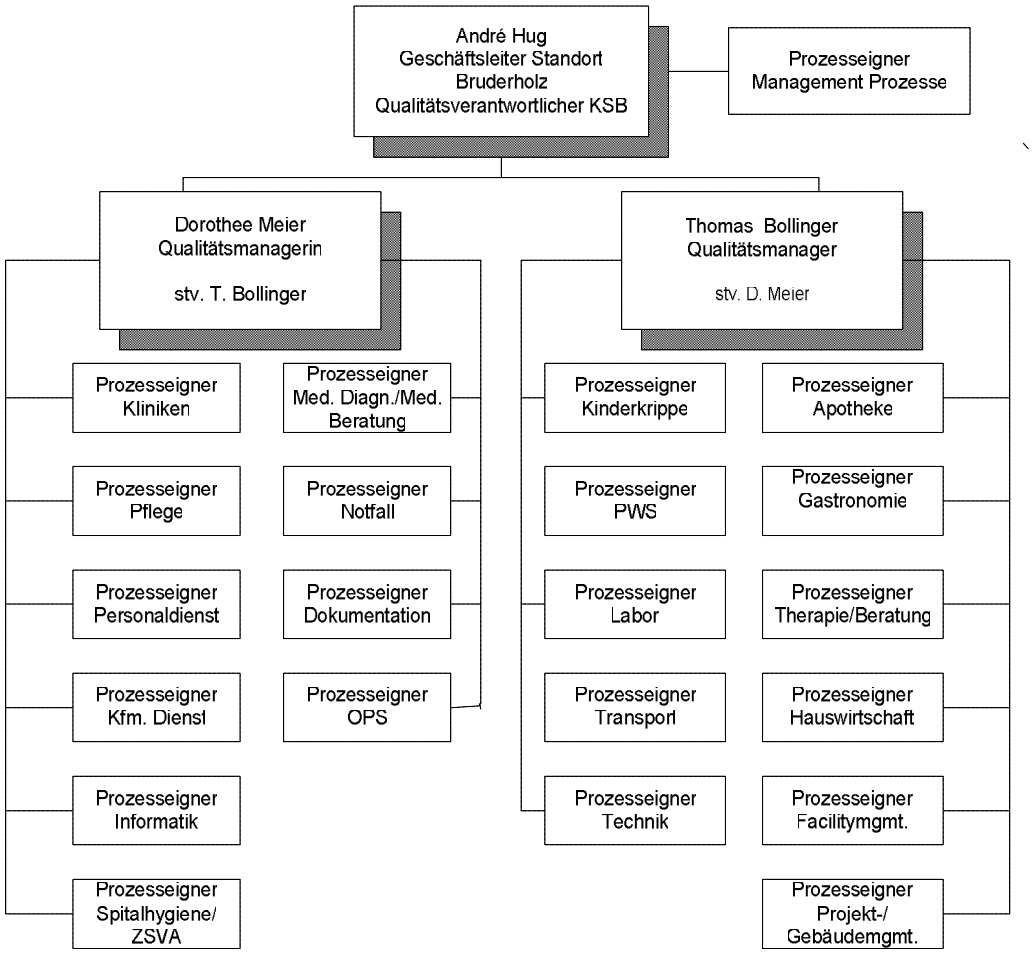
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Einführung SIRIS (Schweizerisches Implantateregister)
- ANQ-Messung Rehabilitation

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.		
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.		
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.		
☐	Andere Organisationsform:		
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		100 (für MA gem. B6)	Stellenprozente zur Verfügung.

Organigramm per 2012



B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
André Hug	061 436 21 22	andre.hug@ksbh.ch	Geschäftsleiter
Dorothee Meier	061 436 30 65	dorothee.meier@ksbh.ch	Qualitätsmanagerin Verantwortliche der Q-Aktivitäten im Spital (ausserhalb Zentrale Dienste & Services)
Thomas Bollinger	061 436 27 71	thomas.bollinger@ksbh.ch	Qualitätsmanager Verantwortlicher Qualitätsmanagement Zentrale Dienste & Services

Qualitätsverantwortliche / Q-Team:

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Claudia Disler	061 436 23 00	claudia.disler@ksbh.ch	Leiterin Zentrallaboratorien
Hans-Martin Grünig	061 436 23 60	hans-martin.gruenig@ksbh.ch	Leiter Apotheke Kantonsapotheker BL
Daniela Andersch	061 436 24 04	daniela.andersch@ksbh.ch	Q-Verantwortliche Anästhesie
Christian Wilmes	061 436 30 74	christian.wilmes@ksbh.ch	Pflege-Experte Q-Verantwortlicher Pflege

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:
www.spitalinformation.ch→Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname →Kantonsspital Baselland **Bruderholz**
→Kapitel „Leistungen“→ „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
☒	**Wir** sind eine **Spital- /Klinikgruppe** mit folgenden **Standorten:**
	Kantonsspital Baselland Liestal **Bruderholz** Laufen (Berichtsperiode: Kantonsspital Bruderholz)

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	**An den Standorten**	**Zusammenarbeit im Versorgungs-netz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie	4101 Bruderholz	
Anästhesiologie und Reanimation *(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)*	4101 Bruderholz	
Dermatologie und Venerologie *(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)*	- - -	
Gynäkologie und Geburtshilfe *(Frauenheilkunde)*	4101 Bruderholz	
Medizinische Genetik *(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)*	- - -	
Handchirurgie	4101 Bruderholz	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie *(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)*	- - -	Universitätsspital Basel
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden **Spezialisierungen** (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	- - -	
☒ Angiologie *(Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)*	4101 Bruderholz	
☒ Endokrinologie und Diabetologie *(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)*	4101 Bruderholz	
☒ Gastroenterologie *(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)*	4101 Bruderholz	
☒ Geriatrie *(Altersheilkunde)*	4101 Bruderholz	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie *(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)*	4101 Bruderholz	
☒ Hepatologie *(Behandlung von Erkrankungen der Leber)*	4101 Bruderholz	
☒ Infektiologie *(Behandlung von Infektionskrankheiten)*	4101 Bruderholz	
☒ Kardiologie *(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)*	4101 Bruderholz	
☒ Medizinische Onkologie *(Behandlung von Krebserkrankungen)*	4101 Bruderholz	
☒ Nephrologie *(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)*	4101 Bruderholz	
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation *(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)*	4101 Bruderholz	
☒ Pneumologie *(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)*	4101 Bruderholz	
Intensivmedizin	4101 Bruderholz	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	4101 Bruderholz	
Kinderchirurgie	- - -	
Langzeitpflege	4101 Bruderholz	
Neurochirurgie		Universitätsspital Basel
Neurologie *(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)*	4101 Bruderholz	
Ophthalmologie *(Augenheilkunde)*	Konsiliarisch	Augenspital Basel
Orthopädie und Traumatologie *(Knochen- und Unfallchirurgie)*	4101 Bruderholz	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL *(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)*	Konsiliarisch	Kantonsspital Liestal
Pädiatrie *(Kinderheilkunde)*	- - -	
Palliativmedizin *(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)*	- - -	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	4101 Bruderholz	
Psychiatrie und Psychotherapie	- - -	
Radiologie *(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)*	4101 Bruderholz	
Tropen- und Reisemedizin	- - -	
Urologie *(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)*	Konsiliarisch	Kantonsspital Liestal

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	**An den Standorten**	**Zusammenarbeit im Versorgungsnetz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	4101 Bruderholz	
Ergotherapie	4101 Bruderholz	
Ernährungsberatung	4101 Bruderholz	
Logopädie	4101 Bruderholz	
Neuropsychologie	4101 Bruderholz	
Physiotherapie	4101 Bruderholz	
Psychologie	4101 Bruderholz	
Psychotherapie	- - -	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	**Werte 2011**	**Werte 2010**(zum Vergleich)	**Bemerkungen**
Anzahl **ambulant** behandelter Patienten,	84'236		
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			Amb. = keine Zahlen getrennt nach Geburtshilfe Erwachsene, Geburtshilfe Säuglinge und Gynäkologie verfügbar
Anzahl **stationär** behandelterPatienten,	13'400		
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	747		
Geleistete Pflegetage	132'894		
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	398		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	10,4		inkl. Rehabilitation/Akutgeriatrie
Durchschnittliche Bettenbelegung	91,6%		

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte, Anzahl Pflegetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patientzu interpretieren?

Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflegetage** im Jahr 2011 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflegetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflegetage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflegetage
Geriatrische Rehabilitation	4101 Bruderholz	keine Daten verfügbar	701	17844
Internistische Rehabilitation	- - -			
Kardiale Rehabilitation	- - -			
Muskuloskelettale Rehabilitation	4101 Bruderholz	keine Daten verfügbar	548	12928
Neurologische Rehabilitation	4101 Bruderholz	keine Daten verfügbar	172	7978
Onkologische Rehabilitation	- - -			
Pädiatrische Rehabilitation	- - -			
Psychosomatische Rehabilitation	- - -			
Pulmonale Rehabilitation	- - -			
Rehabilitative Intensivabteilung	- - -			

C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulanteRehabilitation)

Welches Angebot bietet eine Klinik für einfachere Behandlungen oder für Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt?

- Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation	- - -			.
Internistische Rehabilitation	- - -			
Kardiale Rehabilitation	- - -			
Muskuloskelettale Rehabilitation	4101 Bruderholz	4	26	
Neurologische Rehabilitation	- - -			
Onkologische Rehabilitation	- - -			
Pädiatrische Rehabilitation	- - -			
Psychosomatische Rehabilitation	- - -			
Pulmonale Rehabilitation	- - -			
Rehabilitative Intensivabteilung	- - -			

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- Spezifische Facharzttitel sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sind in der Rehabilitation deutlich von der Pflegetätigkeit in einem akutsomatischen Spital. Deshalb findet sich hier ein Hinweis auf die Anzahl diplomierter, rehaspezifischer Pflegefachkräfte.

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	☒ ja	4101 Bruderholz
Facharzt Neurologie	☒ ja	4101 Bruderholz

Facharzt Pulmonale Rehabilitation	☐ ja	- - -
Facharzt Kardiale Rehabilitation	☐ ja	- - -
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	☒ ja	4101 Bruderholz
Facharzt Psychiatrie	☐ ja	

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Patientenzufriedenheit.		Begründung:	
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Patientenzufriedenheit.			
	☒ **Im Berichtsjahr 2011** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☐ Ja. Im **Berichtsjahr 2011** wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	2010

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	**82.2**	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit). Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Bereich	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Ärzte	85.8	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	82.7	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	78.4	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	78.2	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	77.1	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	79.8	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“
Kommentar: Die nächste Messung der Patientenzufriedenheit ist im Jahr 2012 vorgesehen.		
☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
☒	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒Mecon ☐Picker ☐PEQ ☐MüPF(-27) ☐POC(-18) ☐PZ Benchmark	☐Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
☒eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Kontinuierliche Befragung aller austretenden Patienten mit standardisierter schriftlicher Patientenbefragung, und mit manueller Auswertung			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt und in gewissen ambulanten Bereichen			
	Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		keine Aussage möglich, da der Rücklauf nicht gemessen wird			
Rücklauf in Prozenten		20% (es handelt sich hierbei um eine Schätzung, da die Abgabe nicht gemessen wird.)	Erinnerungs-schreiben?	☒ Nein	☐ Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben- zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?		
☐	**Nein**, unser Betrieb **hat kein** Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.	
☒	**Ja,** unser Betrieb **hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle**.	
	Bezeichnung der Stelle	Geschäftsleiter
	Name der Ansprechperson	André Hug, Geschäftsleiter S. Disser & R. Voirol, Sekretariat Spitalleitung Dorothee Meier, Qualitätsmanagerin
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Mo-Fr 08:00-17:00 Uhr Tel.: 061 436 21 22 mail to: info@ksbh.ch
	Bemerkungen	

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht**die Angehörigenzufriedenheit.			Begründung:	
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Angehörigenzufriedenheit.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2011** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2011** wurde eine Messung durchgeführt.			

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeberin und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Mitarbeiterzufriedenheit.	Begründung:		
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit.			
	☐ **Im Berichtsjahr 2011** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☒ Ja. Im **Berichtsjahr 2011** wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	60,3%	nennenswerte Verbesserung seit der letzten Messung
Resultate pro Bereich	**Ergebnisse**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Pflege	56,3%	Verbesserung durch neue gesetzliche Vorgaben (z.B. Mobilitätsreglement, Pflege; Neueinstufung Lohnklasse DN II mit rückwirkender Nachzahlung) und getroffene Massnahmen im Gesamtspital als Reaktion auf die letzte Befragung.
Ärzte	67,1%	
Therapien, Bandlungen	66,1%	
Medizintechnik	60,0%	
Hauswirtschaft	63,4%	
Verwaltung	63,3%	
☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
☒	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☒	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes: MECON	Name des Messinstitutes: MECON	
☒	eigenes, internes Instrument (Austrittsmonitoring laufend)		
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	alle Mitarbeitenden			
	Ausschlusskriterien	keine			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen					
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	☒ Nein	☐ Ja	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweiser (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiser-Zufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Zuweiserzufriedenheit.	Begründung:			
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Zuweiserzufriedenheit.				
	☐ **Im Berichtsjahr 2011** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**	
	☐ Ja. Im **Berichtsjahr 2011** wurde eine Messung durchgeführt.				

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: *www.anq.ch*

Akutsomatik:
Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:
Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger", der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für das Fachpublikum: *www.anq.ch* und *www.sqlape.com*

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?					
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.			Begründung: Dieser Indikator war für eine Messung im 2011 nicht bereit. Da die Software erst im 2012 verfügbar ist, stehen Daten frühestens per 2013 zur Verfügung	
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2011** wurde allerdings **keine Auswertung gemacht.**	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2011** wurde eine Auswertung gemacht			

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?					
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.				Begründung: Dieser Indikator war für eine Messung im 2011 nicht bereit. Da die Software erst im 2012 verfügbar ist, stehen Daten frühestens per 2013 zur Verfügung
	☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2011** wurde allerdings **keine Auswertung gemacht.**	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2011** wurde eine**Auswertungen gemacht**			

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.
Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.
SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen.Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

Weiterführende Informationen: *www.anq.ch* und *www.swissnoso.ch*

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betriebmit SwissNOSO gemessen?				
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht**die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		Begründung:	
	☐ In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.			
	☐ **Im Berichtsjahr 2011**(Juni 2010-September 2011) wurden allerdings **keine Messungen** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**	
	☐ Ja. Im **Berichtsjahr 2011**(Juni 2010-September 2011) wurden Messungen durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektions-messungen nach folgenden Operationen:		**Anzahl beurteilte Operationen** (Total)	**Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen nach diesen Operationen** (N)	**Infektionsrate** (%) Spital / Klinik **2011** (Vertrauensintervall [1] CI = 95%)	**Infektionsrate** (%)Spital / Klinik **2010** (Vertrauensintervall CI = 95%)
☒	Gallenblase-Entfernung	37	1	2.7% (0.1-6)	-% (-)
☐	Blinddarm-Entfernung			% ( )	% ( )
☐	Hernieoperation			% ( )	% ( )
☒	Dickdarm (Colon)	63	7	11.1% (0.3-1.3)	3.3% (0.1-1)
☒	Kaiserschnitt (Sectio)	279	4	1.43% (0.2-1.9)	3.3% (0-2.1)
☐	Herzchirurgie			% ( )	% ( )
☒	Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	163	5	% ( )	3.07% (09-5.1
☒	Erstimplantation von Kniegelenksprothesen	156	4	% ( )	2.56% (04-3.3)

[1]Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Weitere Überwachung mit Ziel Minimierung			

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der MethodeLPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen)ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomenebietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten[2], die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht.Innerhalb der Messung wird untersucht, obdie Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?		
☐	**Nein**, unser Betrieb **führt nicht** die **Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ**am **Stichtag, 8. November 2011**durch.	Begründung:
☒	**Ja,** unser Betrieb**führt** die **Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ**am**Stichtag, 8. November 2011**durch.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?				
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher **gestürzt** sind.			**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
38	In Prozent:	18,9%	
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		201	Anteil in Prozent	63.6%
Bemerkung				

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Keine			

[2] Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagerecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: *che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus*

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
☐ **Nein**, unser Betrieb **führte nicht** die **Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ**am **Stichtag, 8. November 2011** durch.	Begründung:
☒ **Ja,** unser Betrieb**führte** die **Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ**am **Stichtag, 8. November 2011** durch.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt			**Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt**			**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
26	In Prozent	12,9%	8	In Prozent:	3,9%	(exkl. Grad I)
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.						

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		201	Anteil in Prozent	63.6%
Bemerkung				

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Keine			

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: *www.anq.ch*

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?		
☐	**Nein**, unser Betrieb **mass nicht** die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:
☒	**Ja,** unser Betrieb **mass** die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?				
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	**Zufriedenheits-Wert** (Mittelwert)	**Wertung der Ergebnisse**
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.96	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.83	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.94	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.78	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.24	0 = nie 10 = immer
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	

Bemerkungen

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
ZentralesMessinstitut ☐hcri AG ☐MECON measure & consult GmbH	Dezentrales Messinstitut ☐hcri AG ☐ESOPE ☒MECON measure & consult GmbH ☐NPO PLUS ☐Stevemarco sagl

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.		
	Ausschlusskriterien	Patienten jünger als 18 Jahre Verstorbene Patienten		
Anzahl der total angeschriebenen Patienten		951		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten		460	Rücklauf in Prozent	48.4%
Bemerkung				

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
noch keine definiert			

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	**Stürze(andere als mit der Methode LPZ)**
Was wird gemessen?	Jeglicher ungewollter Positionswechsel des Rumpfes von einem höherem auf ein niedrigeres Niveau.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Stürze total	**Anzahl mit Behandlungsfolgen**	**Anzahl ohne Behandlungsfolge**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
4,62 pro 1000 Pflegetage	0,36 pro 1000 Pflegetage	4,26 pro 1000 Pflegetage	Behandlungsfolge gemäss Morse u. Morse 1988, Stufe 3 und 4

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Sturzprotokoll
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle ambulanten und stationären Patienten		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		keine Daten	Anteil in Prozent	
Bemerkung				

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Keine			

D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	**Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)**
Was wird gemessen?	Anzahl und Lokalisation der Dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?				
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Kontinuierliche Messung

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	**Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
55	64	

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Datenerfassung aus einem betriebsinternen Qualitätssystem
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	**Erfassungsgrundlage** **A**=Fachgesellschaft **B**=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA **C**=betriebseigenes System	**Status** **A** =Ja, seit 20xx **B** =nein **C** = geplant, ab 201x	**Bereich** **A**=Ganzer Betrieb **B**=Fachdisziplin **C**=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	**A:**AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
AQC Daten für Qualitätssicherung	**A:**Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgiewww.aqc.ch	**A seit 2009**	
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	**A:** SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	**A seit 1995**	
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medizin	**A:**SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch		
Minimal Dataset SGAR	**A:**Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch		
Schweizer Dialyseregister	**A:**Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch		
SCQM (SwissClinicalQuality Management)	**A:**Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch		
SIRIS[3] (Schweizer Implantat Register)	**A:**Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch		
SRRQAP (Nephrologie-Register)	**A:** Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch		
SWISSSpine	**A:**Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	**A:**Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch		
ÜberregionaleKrebs-register	**B:**		
Bemerkung			

[3] Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

E Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter *www.spitalinformation.ch* zu finden.

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Spitalapotheke	ISO 9001/2008 & RQS	2007	2010	
Zentrallaboratorien	ISO-IEC 17025/15189	2001	2010	
Therapie & Beratungen	Committed to Excellence	2008		
Therapie & Beratungen	ISO 9001:2008	2009		Erstzertifizierung
Infrastruktur&Hotellerie	ISO 9001:2008	2011		Erstzertifizierung

E2 Übersicht überlaufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt(Titel)	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
KIS (Klinik-Informations-System)	Ablösung Qualicare (besteh. KIS) elektr. Pflege & Therapiedokumentation	Kliniken, Pflege, Therapien	2010-2013
ZEUS (Zentrales Universalarchiv-System)	elektr. med. Archivierung	Kliniken & Diagnostik	2008-2012
Ausbau Meldemanagement	Implementierung KVP spitalweit	gesamtes Spital	2011-…
Auf- und Ausbau QM	Einführung EFQM: Prozesslandschaft KSB inkl. Dokumentenverw. ist definiert Q-Organisation KSB ist etabliert (inkl. Support) Harmonisierung zertifizierter Bereich mit Gesamtspital	Gesamtspital	2010 –2013
Patientenpfade nach DRG	Patientenpfade sind den DRG's eindeutig zuordenbar	Kliniken	.2010 -2011
Q-Indikatoren nach SQLape	Die von ANQ geforderten Indikatoren können über SQLape ausgewertet werden	Kliniken	2011-.2012
Massnahmen aus MA-Befragung	Verbesserung der MA-Zufriedenheit	Gesamtspital	2011-2012

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte ausdem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitel	Zertifizierungs-Audit Infrastruktur & Hotellerie (I&H)	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Zertifizierung I&H	
Beschreibung	Erhalt der bereits im 2009 erfolgten Zertifizierung (Therapie & Beratungen) sowie Neu-Zertifizierung der restlichen Abteilungen I&H	
Projektablauf / Methodik	Vorbereitung gemäss Zeitplan und nach den Methoden ISO 9001-2008 und EFQM-Modell	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	.....	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☒ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	.....s. Involvierte Berufsgruppen	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	.....	
Involvierte Berufsgruppen	Gastronomie, Hotellerie, Hauswirtschaft, Facility-Management, Apotheke, Laboratorien, Therapien Beratungen (Ernährungs-, Sozial-)	
Projektevaluation / Konsequenzen	Erhalt bestehender Zertifikation und Zertifikation übrige Abteilungen	
Weiterführende Unterlagen	Audit Assessment-Bericht SQS vom 7.10.2011	

F Schlusswort und Ausblick

Eine kontinuierliche Verbesserung ist uns wichtig, besonders mit dem Ausblick auf einige relevante Änderungen im 2012. Die Einführung der Swiss DRG sowie die Verselbständigung mit Zusammenschluss der Spitäler BL stellen hohe Anforderungen an das Gesamtspital.