

Qualitätsbericht 2010

AKUTSOMATIK



Inselspital, Universitätsspital Bern
Freiburgstrasse
3010 Bern

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern
und Basel-Stadt

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



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	7
C1	Angebotsübersicht	7
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2010	11
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2010	12
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2010	13
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	13
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	14
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	15
C4-4	Personelle Ressourcen	15
C5	Kennzahlen Langzeitpflege 2010	17
D	Qualitätsmessungen	18
D1	Zufriedenheitsmessungen	18
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	18
D1-2	Angehörigenzufriedenheit	20
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	21
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	22
D2	ANQ-Indikatoren	23
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape	23
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	24
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	25
D2-4	Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)	26
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010	27
D3-1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	27
D3-2	Stürze	27
D3-3	Dekubitus (Wundliegen)	28
D3-4	Freiheitseinschränkende Massnahmen	28
D3-5	Dauerkatheter	29
D3-6	Weiteres Messthema	29
D4	Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	30
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	32
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	32
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	33
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	35
F	Schlusswort und Ausblick	36
G	Impressum	37
H	Anhänge	38

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, Specialistinnen und Spezialisten.

Das Inselspital ist eine privatrechtliche Stiftung, die im Auftrag der Regierung des Kantons Bern die Funktionen eines Zentrums- und Universitätsspitals ausübt. Das Inselspital nimmt im Schweizerischen Gesundheitswesen eine bedeutende Stellung ein. Es ist ein medizinisches Kompetenz-, Hochtechnologie- und Wissenszentrum mit internationaler Ausstrahlung und ein Ort der Begegnung für Wissenschaft und Forschung. Das Inselspital hat folgende Leitideen gegeben:

„Das Inselspital als medizinisches Zentrum des Kantons Bern dient der Bevölkerung durch fachlich und menschlich hervorragende Patientenbetreuung. Es betreibt Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Berufen des Gesundheitswesens und ermöglicht qualifizierte Forschung. Es setzt Massstäbe in seinen Leistungen und seiner Zusammenarbeit mit anderen im Gesundheitswesen Tätigen.“

Das Inselspital Bern beschäftigte im Jahr 2010 gemäss Jahresbericht 2010 insgesamt 7'187 Personen auf 5'609 Vollzeitstellen. Im gleichen Jahr wurden in den Einrichtungen 38'083 Patientinnen und Patienten stationär und 276'934 ambulante Erstbesuche (ohne Folgebesuche) behandelt. Die 38 Kliniken und Institute sind in neun Departementen zusammengefasst.

Für die operative Führung ist die Spitalleitung unter dem Vorsitz des Direktionspräsidenten zuständig. Die erweiterte Spitalleitung, bestehend aus den Vorsitzenden der Departementsdirektorien sowie den Mitgliedern der Spitalleitung, berät die Spitalleitung. Die verbindliche, strategische Ausrichtung erfolgt durch den Verwaltungsrat des Inselspitals Bern. Der Verwaltungsrat und der Verwaltungsratspräsident sind von der Regierung des Kantons Bern für eine Amtsperiode von vier Jahren (2008 – 2012) gewählt.

Die Spitalleitung besteht aus folgenden sieben Mitgliedern:

- Dr. oec. publ. Urs Birchler, Direktionspräsident
- Prof. Dr. med. Andreas Tobler, Ärztlicher Direktor und Stv. des Direktionspräsidenten
- Ulrich von Allmen, Direktor Pflege / MTT
- Bernhard Leu, Direktor Betrieb
- Gerold Bollinger, Direktor Dienste
- Ursula Schaufelberger, Direktorin Personal (bis Mai 2010)
- Markus Lüdi (ab Dezember 2010)
- Prof. Dr. med. Matthias Gugger, Direktor Lehre + Forschung

Für die Lehre und Forschung hat das Inselspital mit der Universität eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen. Die Medizinische Fakultät erteilt den Kliniken/Instituten Leistungsaufträge für die Lehre und Forschung. Durch die gegenseitige Vernetzung der Führungsorgane der Medizinischen Fakultät bzw. der Universität und des Inselspitals soll die universitäre Lehre und Forschung sichergestellt werden.

B1 Qualitätsstrategie und –ziele

Ein aktiv gestaltetes und gesteuertes Qualitätsmanagement ist für das Inselspital ein wichtiger Erfolgsfaktor. Als medizinisches Zentrum in der Hauptstadtregion Schweiz und einem weiteren Einzugsgebiet bietet das Inselspital ein breites Spektrum von hochspezialisierten medizinischen Leistungen mit ausgeprägter Interdisziplinarität an. Das Qualitätsmanagement umfasst in diesem Kontext das gesamte Instrumentarium, von der Patientensicherheit und einem aktiven Risikomanagement über Massnahmen der Qualitätssicherung bis zur faktenbasierten Qualitätsentwicklung.

Die Sicherheits-Checkliste und ein Fehlermeldesystem stellen zwei typische Beispiele aus dem Bereich Patientensicherheit und Risikomanagement dar. Im Wesentlichen geht es darum, durch gezielte Analyse von Prozessen und deren Ergebnissen das «Qualitätsniveau» sicherzustellen und laufend weiterzuentwickeln.

Für die Überprüfung der Prozess- und der Ergebnisqualität werden heute in der Regel Kennzahlen erhoben. Solche Daten werden in Zukunft auch im Preis-Qualitätswettbewerb eine immer wichtigere Rolle spielen. Je nach Fragestellung sind die Indikatoren unterschiedlich stark differenziert. Entsprechend variieren auch die Häufigkeit und die Art ihrer Erhebung. Einzelne Kennzahlen werden aufgrund von sogenannten «Routinedaten» berechnet, für andere ist eine spezifische Datenerhebung notwendig. Die Messung der Patientenzufriedenheit stellt ein typisches Beispiel für das letztgenannte Vorgehen dar. Das gleiche gilt für die Erhebung der Wartezeiten in einem Ambulatorium und für die Erfassung von Komplikationen nach Herzinfarkt. Die Aussagekraft von Kennzahlen, hergeleitet aus «Routinedaten», wird zurzeit kontrovers diskutiert. Transparenz soll es Patienten, zuweisenden Ärzten und Spitälern, aber auch den zuständigen Behörden und einer breiten Öffentlichkeit ermöglichen, sich ein Bild über die erbrachten Leistungen und deren Qualität zu machen. Einige wichtige Kennzahlen sind deshalb im vorliegenden Qualitätsbericht dargestellt.

Auszug aus dem Leitbildes Qualitätsmanagement Inselspital 2015

Das Qualitätsmanagement des Inselspitals unterstützt in erster Priorität das Erreichen der folgenden Unternehmensziele:

1. *Führendes Universitätsspital mit internationaler Ausstrahlung*
 - Durch gezielt geförderte Qualitätsentwicklung wird die Positionierung des Inselspitals gestärkt.
 - Wir arbeiten aktiv mit in nationalen und internationalen Gremien des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen.
 - Wir erarbeiten – in Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Organisationen – Standards und Empfehlungen zur Erhöhung der Patientensicherheit und Betreuungsqualität.
2. *Hochspezialisierte medizinische Leistungen*
 - Qualitätsmanagement unterstützt bei Innovationen die Gewährleistung der Patientensicherheit und Betreuungsqualität sowie die Sicherung des medizinischen Erfolges.
 - Qualitätsmanagement trägt zur Wirtschaftlichkeit von hochspezialisierten medizinischen Leistungen bei.
3. *Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten steigern*
 - Interdisziplinär und interprofessionell entwickelte und umgesetzte klinische Behandlungs-Pfade und -Konzepte bilden den Kernpunkt des erhöhten Patientennutzens.
 - Patientenwünsche sind erkannt, die Patientenzufriedenheit wird regelmässig überprüft und Verbesserungsmassnahmen werden geplant und umgesetzt.
 - Ein Kennzahlensystem bildet die Basis zur Dokumentation, Analyse und Kommunikation der Wirksamkeit unserer Leistungen und zur kontinuierlichen Verbesserung

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

Sicherheits-Checkliste und «Time-Out» im OP Die komplexen Abläufe im Operationssaal machen es erforderlich, ein besonderes Augenmerk auf die reibungslose Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Disziplinen zu richten. Deshalb hat sich 2010 auf Initiative mehrerer Kliniken des Inselspitals eine Arbeitsgruppe um Prof. Stüber, der Direktor der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie (KAS), gebildet, die sich dieser Problematik angenommen hat. Auf Basis von Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und nationaler Fachgesellschaften wurde eine Sicherheits- Checkliste entwickelt, mit der neben einer eindeutigen Patienten- und Eingriffsidentifizierung auch ein Austausch zwischen allen beteiligten Berufsgruppen und Disziplinen sichergestellt wird. Ergänzt wird diese Checkliste durch das so genannte «Time-Out». Gemeint ist damit ein kurzes Innehalten unmittelbar vor Beginn der Operation, um alle Punkte der Checkliste nochmals gemeinsam durchzugehen. Durch internationale Studien wurde inzwischen die Wirksamkeit von Checklisten auch im Spital, speziell im Operationsbereich, eindrucksvoll nachgewiesen. Mit der Einführung der Checkliste und des «Time-Outs» wurde das hohe Sicherheitsniveau am Inselspital nochmals angehoben.

PATEM-TIP

(Teilnahme am Pilotprojekt der Stiftung für Patientensicherheit im Departement Herz und Gefässe)

Der Patient wird vermehrt in den Behandlungsprozess einbezogen, um u. a. das Risiko einer Verwechslung zu vermindern. Der Patienten wird durch eine Broschüre zur aktiven Mithilfe aufgefordert.

Mitgliedschaft in der Initiative Qualitätsmedizin (IQ^M)

Seit April des Jahres 2010 ist das Inselspital als zweites Schweizer Haus (neben dem Universitätsspital Basel) Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQ^M). Es handelt sich um eine Vereinigung von deutschen Krankenhäusern und Universitätsklinken, die sich dem Qualitätsmanagement mit Routinedaten verschrieben haben. Ausgehend von Auswertungen der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (die auch als Grundlage für die DRG Pauschalen dienen) werden Qualitätsindikatoren berechnet und veröffentlicht. Im Falle von auffälligen Ergebnissen werden Fallbesprechungen (sogenannte Peer-Reviews) durchgeführt und Verbesserungsmassnahmen abgeleitet.

Weitere Informationen finden sich unter www.initiative-qualitaetsmedizin.de

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

Siehe Kapitel D „Qualitätsmessungen“ und Kapitel E „Verbesserungsaktivitäten“, nachfolgend.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Umsetzung des Leitbildes 2015 zum Qualitätsmanagement Inselspital. Dabei gelten folgende Grundprinzipien:

- **Im Zentrum steht der Patienten-Nutzen.**

Das QM fokussiert auf den Patientenprozess als Kernaufgabe des Spitals. Sicherstellen der

Patientensicherheit und Optimierung von Behandlungs- und Ergebnisqualität stehen im Vordergrund.

• **Qualitätsmanagement ist Bestandteil des Führungsauftrages.**

QM ist Führungsaufgabe. Die Spitalleitung legt die übergeordnete Strategie fest. Sie delegiert die direkte, unmittelbare Verantwortung für das QM aber soweit möglich und sinnvoll auf Stufe Klinik und Institut.

• **Qualitätsentwicklung ist integraler Teil der Unternehmensentwicklung.**

Das QM unterstützt das Erreichen und Halten der Erfolgsposition. Qualitätsentwicklung (QE) ist deshalb Teil der Unternehmensentwicklung.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☐	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☒	Das Qualitätsmanagement (Qualitäts-Kommission) ist direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☒	Das Qualitätsmanagement (Fachstelle Qualitätsmanagement) ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt Stellenprozent zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Prof. Dr. med Andreas TOBLER	031 632 82 32	andreas.tobler@insel.ch	Ärztlicher Direktor
PD Dr. med. Hans- Ulrich ROTHEN	031 632 1176	hrothen@insel.ch	Vorsitzender Qualitätskommission
Dr. phil. Daniel ZAHND	031 632 95 77	daniel.zahnd@insel.ch	Leiter Fachstelle Qualitätsmanagement
Yvonne SCHENK	031 632 90 51	yvonne.schenk@insel.ch	Mitarbeiterin Qualitätsmanagement
Helmut PAULA	031 632 0379	helmut.paula@insel.ch	Klinisches Risikomanagement
Veronika PICHA	031 632 13 08	veronika.picha@insel.ch	Fachspezialistin Qualitätsmanagement
Valentin LÜDI	031 632 03 79	valentin.luedi@insel.ch	Praktikant

Spitalgruppe	
☐	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten :

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie Universitätsinstitut für Immunologie	
Allgemeine Chirurgie	Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	Universitätsklinik für Dermatologie	
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Universitätsklinik für Frauenheilkunde	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)	Universitätsklinik für Kinderheilkunde	
Handchirurgie	Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)	Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie Universitätsklinik für Thoraxchirurgie	
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	Universitätsklinik für Angiologie	
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung	
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin	

☒ Geriatrie (Altersheilkunde)	Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin	
--	--	--

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 blut bildenden Organe und des Lymphsystems)	Universitätsklinik für Hämatologie und Hämatologisches Zentrallabor Universitätsklinik für Medizinische Onkologie	
☒ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin	
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Universitätsklinik für Infektiologie	
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)	Universitätsklinik für Kardiologie	
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Universitätsklinik für Medizinische Onkologie	
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie	
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Institut für Physiotherapie	
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Universitätsklinik für Pneumologie	
Intensivmedizin	Universitätsklinik für Intensivmedizin	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Universitätsklinik für Schädel-, Kiefer- und Gesichts- chirurgie	
Kinderchirurgie	Universitätsklinik für Kinderchirurgie	
Langzeitpflege		
Neurochirurgie	Universitätsklinik für Neurochirurgie	
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	Universitätsklinik für Neurologie	
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Universitätsklinik für Augenheilkunde	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Hals- chirurgie	
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Universitätsklinik für Kinderheilkunde	
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)	Angebot in verschiedenen Kliniken	

Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie	
Psychiatrie und Psychotherapie		
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	Universitätsinstitut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie Universitätsinstitut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie Universitätsklinik für Nuklearmedizin	
Tropen- und Reisemedizin	Universitätsklinik für Infektiologie	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	Universitätsklinik für Urologie	

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	Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung	
Ergotherapie	Angebot in verschiedenen Kliniken	
Ernährungsberatung	Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung	
Logopädie	Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie	
Neuropsychologie	Universitätsklinik für Neurologie	
Physiotherapie	Institut für Physiotherapie	
Psychologie	Angebot in verschiedenen Kliniken	
Psychotherapie		

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	276'034	273'937	Ambulante Erstbesuche fakturiert, keine Fälle/Patienten, Folgebesuche sind nicht berücksichtigt
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	----	----	Angaben werden nicht erhoben
Anzahl stationär behandelter Patienten,	38'083	38'437	Stationären Austritte (keine Patienten) Stand Jahresabschluss
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	916	840	DRGs 620,629
Geleistete Pflegetage	294'115	292'699	Stand Jahresabschluss - abrechnende Sicht (zusätzlich ist 1 Fall einzuberechnen, welche noch nicht codiert gewesen ist)
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	917	926	Durchschnittlich stationär betriebene Betten
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	7.6	7.5 Tage	Stand Jahresabschluss (nur codierte Fälle, ohne NREH)
Durchschnittliche Bettenbelegung	87.87	86.6%	Errechneter Wert mit IST Daten (Pflegetage und Betten) vom

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2010

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflegetage
stationär				

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2010

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte und Anzahl Pflgetage zu interpretieren?

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2010 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patientinnen und Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patientinnen und 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 Pflgetage geringere Austrittszahlen.

Angebotene stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Geriatrische Rehabilitation			
Internistische Rehabilitation			
Kardiale Rehabilitation			
Muskuloskelettale Rehabilitation			
Neurologische Rehabilitation	Universitätsklinik für Neurologie Abteilung für kognitive und restorative Neurologie (Neuropsychologische Rehabilitation)	116	
Onkologische Rehabilitation			
Pädiatrische Rehabilitation			
Psychosomatische Rehabilitation			
Pulmonale Rehabilitation			
Rehabilitative Intensivabteilung			

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- i Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen und ihre Infrastruktur auch** extern anbieten, dies z. Bsp. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patientinnen und Patienten, da eine unmittelbare, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- i Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.
- i Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, mit **externen Spezialisten** nach Bedarf zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ mit zum Beispiel Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

In anderen Spitälern / Kliniken: Eigene externe Angebote		Stationär	ambulant
		☐ ja	☐ ja
		☐ ja	☐ ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)	
	Intensivstation in akutsomatischem Spital	... km	
	Notfall in akutsomatischem Spital	... km	
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet		

C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der **Tageskliniken** (ambulante Rehabilitation)

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 Fälle	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation	Universitätsklinik und Poliklinik für Kardiologie		512	Breites Leistungsangebot (z. B. Physiotherapie, Ernährungsberatung, Herzultraschall, Belastungs-EKG, 24 h Blutdruckprofil)
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Kognitive und restorative Neurologie	Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik		809	Breites Leistungsangebot (z. B. Neuropsychologie, Neurovaskuläre Abklärung, Neuromorphologisches Labor, Schlafmedizin)
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- Spezifische Facharztstitel sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sich 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	
Facharzt Neurologie	☐ ja	
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Kardiologie Rehabilitation	☐ ja	

Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	☐ ja	
Facharzt Psychiatrie	☐ ja	
Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation		

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2010			
Geleistete Pflegetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Auslastung			

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 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. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
☒	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: Evtl. 2011
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 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: Stationärer Bereich

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	90.4 %	Bewertungen 5 und 6
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Chirurgie	89.7 %	Bewertungen 5 und 6
Medizin	91.5 %	Bewertungen 5 und 6
☐	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 Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon ☐ Picker ☒ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☐ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Messinstrument PEQ (Patients' Experience Questionnaire)	Name des Messinstitutes	Verein Outcome
☐ eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes		Versand des Fragebogen nach Austritt des Patienten		
Einschlusskriterien		Stationäre Patienten ab 18 Jahren, mindestens einen Tag Aufenthaltsdauer, Austritt nach Hause		
Ausschlusskriterien		Wöchnerinnen		
Rücklauf in Prozenten		45 %	Erinnerungsschreiben?	☒ 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 . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Patienten-Ombudsstelle
Name der Ansprechperson	Ursula Rausser
Funktion	Leiterin Patienten-Ombudsstelle
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	+41 (0)31 632 85 85
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.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.			
☒	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 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:
		Pädiatrie Chirurgie Pädiatrie Medizin Neonatologie

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Pädiatrie Medizin	74 %	
Pädiatrie Chirurgie	73 %	
Neonatologie	87 %	
☐ 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 Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Picker-Fragebogen für Pädiatrie Picker-Fragebogen für Neonatologie	Name des Messinstitutes	Picker-Institut
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Versand des Fragebogen nach Austritt des Kindes an die Eltern		
Einschlusskriterien		Alle Eltern, die in der Messperiode ein Kind mindestens einen Tag hospitalisiert hatten		
Ausschlusskriterien				
Rücklauf in Prozenten		Pädiatrie (Medizin/Chirurgie) 54% Neonatologie 71%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

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.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
☒	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2007	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 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		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	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 Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes				
Einschlusskriterien				
Ausschlusskriterien				
Rücklauf in Prozenten			Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

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.		
☐	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 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:
			Universitätsklinik für Angiologie Universitätsklinik für Augenheilkunde

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ 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 Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes				
Einschlusskriterien				
Ausschlusskriterien				
Rücklauf in Prozenten			Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern 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 Information: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 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

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 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 Spital-Austritts. 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 wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für 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.			
☒ Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.			
☒ Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐ Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung 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:

Messergebnisse			
Anzahl Austritte im Jahr 2010	Anzahl Wiedereintritte im Jahr 2010	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Rehospitalisationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .			

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. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: 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.		
☐	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 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung 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:

Messergebnisse			
Anzahl Operationen im Jahr 2010	Anzahl Reoperationen im Jahr 2010	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Reoperationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .			

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.

Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) 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: Siehe unten

Messergebnisse					
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen	Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen	Infektions-rate Spital / Klinik	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ¹	Bemerkungen
☒ Gallenblase-Entfernung				3.9%	
☒ Blinddarm-Entfernung				4.5%	
☒ Hernieoperation				1.1%	
☒ Dickdarm (Colon)				12.7%	
☒ Kaiserschnitt (Sectio)				1.9%	
☒ Herzchirurgie	Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.				
☐ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
☐ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					

☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

¹ Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.

Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
☐	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).
☒	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-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:
		Stationärer Bereich

Messergebnisse Medizinische Abteilungen	Wert	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	93.6 %	90.0 %	Bewertungen 5 und 6
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	91.9 %	89.2 %	Bewertungen 5 und 6
Beurteilung der Organisation	5.2	5.2	Skala 1-6 (1= schlechteste Einschätzung; 6 = beste Einschätzung)
☐	In unserem Betrieb haben wir keine medizinischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

Messergebnisse Chirurgische Abteilungen	Wert	Schweizer Durchschnitt ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	92.8 %	91.8 %	Bewertungen 5 und 6
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	89.3 %	88.9 %	Bewertungen 5 und 6
Beurteilung der Organisation	5.1	5.2	Skala 1-6 (1= schlechteste Einschätzung; 6 = beste Einschätzung)
☐	In unserem Betrieb haben wir keine chirurgischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
--------------------------	---

² Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Spitäler, die sich 2009 an der PEQ-Messung des ANQs beteiligt haben. Die Werte wurden im März 2011 durch den ANQ veröffentlicht.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)		
Was wird gemessen?			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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:		
Messergebnisse		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐	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).		
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:		
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:		

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze		
Was wird gemessen?			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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:	In 26 Universitätskliniken	
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
533	232	301	Bei 31'0678 Pflegetagen
☐	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).		
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:		Elektronische Sturzerfassung Inselspital
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:		

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)		
Was wird gemessen?			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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:	Universitätsklinik Intensivmedizin	
Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐	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).		
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Gradeinteilung nach EPUAP (Bienstein)	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:		

D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitseinschränkende Massnahmen		
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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:		
Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
☐	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).		
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:		
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:		

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter	
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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:	
Messergebnisse		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	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).	
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .	
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	IQM Indikatoren (entsprechen den qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler gemäss Bundesamt für Gesundheit BAG)	
Was wird gemessen?	Mortalitätsraten, sonstige Raten und Fallzahlen	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 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:	
Messergebnisse		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	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).	
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .	
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	Berechnung gemäss IQ ^M bzw. BAG Spezifikation, Version 1.1

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
AMIS plus (Akuter Myokardinfarkt und ACS in der CH)	Universitätsklinik für Kardiologie	AMIS Plus Data Center Institute of Social and Preventive Medicine http://www.amis-plus.ch/	A
ASF (Arbeitsgemeinschaft CH-Frauenkliniken)	Universitätsklinik für Frauenheilkunde	Sevisa AG Medizinische Informatik http://www.sevisa.ch	A
Erfassung postoperativer Wundinfektionen SwissNOSO	Universitätsklinik für Infektiologie	SwissNoso http://www.swiss-noso.ch/	A
European Adult Cardiac Surgical Database	Universitätsklinik für Herz-und Gefässchirurgie	EACTS (European Association for Cardio-Thoracic Surgery) http://www.eacts.org/	A
MDSi (Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin)	Universitätsklinik für Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin http://www.sgi-ssmi.ch/	A
Minimal Dataset	Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie	SGAR (Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation) http://www.sgar-ssar.ch/	A
Schweizer Dialyseregister	Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie http://www.sgn-ssn.ch	A
SCQM (Swiss Clinical QM)	Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie	Swiss Clinical Quality Management in Rheumatic Diseases http://www.scqm.ch/	A
SIRIS (Schweizer Implantat Register)	Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin http://www.siris-implant.ch/	Messung geplant
SWISSVASC Registry	Universitätsklinik für Herz-und Gefässchirurgie	Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie http://www.swissvasc.ch/	A
TARN (Trauma and research network)	Universitäres Notfallzentrum	The Trauma Audit & Research Network http://eurotarn.man.ac.uk/	A

Überwachung der Antibiotikaresistenzen und Isolationen am Inselspital	Universitätsklinik für Infektiologie	Inselspitalspezifisches Register	A
Bemerkungen			

Legende:

- ¹ A=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung
- ² A=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System
- ³ A=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2010
C=Einführung im Berichtsjahr 2010



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
Bereich Medizintechnik	ISO 9001:2000	2000	2008	
Bereich Logistik	ISO 9001:2008	2007	2010	
Bereich Hauswirtschaft	ISO 9001:2000	2006	2009	
Kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation am Schweizer Herz-und Gefässzentrum	ISO 9001:2008	2008		
Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA)	ISO 9001:2000 ISO13485:2003	2000 2003	2006	
Universitätsklinik für Kinderchirurgie und Poliklinik: Operationsbereich und Druckmessungslabor	ISO 9001:2000	2000	2009	
Bereich Pflege: ambulante und stationäre Pflegeeinheiten (ca. 80 Bereiche)	Methode Q			Rezertifizierungen erfolgen kontinuierlich
Hämatologisches Labor Kinderklinik	ISO/IEC 17025:2005	2005	2008	
Universitätsinstitut für Immunologie	ISO/IEC 17025:2005	2005	2008	
Universitätsinstitut für Klinische Chemie	ISO/IEC 17025:2005	2005	2008	
Abteilung Humangenetik, Kinderklinik	ISO/IEC 17025:2000	2005	2008	
Molekulare Diagnostik	ISO/IEC 17025:2005	2005	2008	
Stammzelllabor (SZL)	FACT-JACIE		2008	
Hämatologisches Zentrallabor	ISO/IEC 17025:2005	2005	2008	
Klinik für Kinderchirurgie: Bettenstation	UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes)	2006	2008	
Klinik für Kinderchirurgie: Notfall, Poliklinik und Tagesklinik	UEMS	2006	2009	
Bereich Gastronomie	EFQM: Anerkennung für Excellence, Stufe 2	2008		
Klinische Ernährung	EFQM: Verpflichtung für Excellence, Stufe 1	2009		
Universitätsklinik für Intensiv Medizin	Anerkennungsverfahren gemäss SGI		2001	Anerkennung besteht ca. 30 Jahren

Direktion Betrieb - Planen und Bauen	EFQM: Verpflichtung für Excellence, Stufe 1	2009		
Medizinische Codierung (Procod)	ISO 9001:2008	2009		

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
CIRS- EKBE	30 Kliniken bzw. Institute	Erhöhung der Patientensicherheit	fortlaufend
Patientenflyer „Ihre Meinung interessiert uns“	Für alle Patienten	Erhöhung der Patientenzufriedenheit	fortlaufend
Ombudsstelle	Für alle Patienten	Anlaufstelle für Patientenanliegen	fortlaufend
Q-Talk	Für alle Mitarbeitenden	Unterstützung der Etablierung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses	fortlaufend
Patientenarmband	Ganzer Betrieb bis Mitte 2012	Universitäres Notfallzentrum; Universitätsklinik Medizinische Onkologie, Universitätsklinik für Radio-Onkologie, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin	Bis 2012
Verkürzung der Wartezeiten in der Poliklinik der Universitätsklinik für Augenheilkunde	Reduktion der Wartezeiten	Poliklinik der Universitätsklinik für Augenheilkunde	3/2010-1/2011
EFQM in der DPMTT	Einführung eines Qualitätsmanagementsystems	Direktion Pflege MTT	
Outcomemessung Invasive Kardiologie	Überprüfung der kardiologischen Interventionen	Universitätsklinik Kardiologie	1/ 2010-12/2010
QM ProCod	Etablierung und Festigung eines Qualitätsmanagementsystems	Professionelle Codierung/ Medizincontrolling	
Patientendatenbank		Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie	
Optimierung Penezzintestungen	Optimierungsprozesse	Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie	
Akkreditierung Histopathologie	Einführung eines Qualitätsmanagementsystems	Universitätsklinik für Dermatologie	
Modulschrankversorgung RFID-Pilot für "Nicht-Bettenstationen"		Direktion Betriebe	

Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des QMS	Etablierung und Festigung eines Qualitätsmanagementsystems	Departement Klinische Forschung (Kinderklinik)	
Einführung QMS-System-Zertifizierung		Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie	
Fluoreszenzbeurteilung			
Fortführung EFQM Projekt	Etablierung und Festigung eines Qualitätsmanagementsystems	Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung	
Arzneimittel- & Medikations-sicherheit an Schweizer Spitälern - Teilprojekt Inselspital		Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin	
Pflegequalitätserhebung	Überprüfung der Pflegequalität	Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin	
Frühere Entlassung von Früh- und Risiko-Neugeborenen auf der Neonatologie unter Einbezug von Kinderspitex	Schnittstellenoptimierung Austrittsmanagement	Departement Frau, Kind und Endokrinologie	
Dekubitusprophylaxe pädiatrische IB	Überprüfung und Optimierung der Pflegequalität	Departement Frau, Kind und Endokrinologie	
Lärmreduktion auf NICU		Departement Frau, Kind und Endokrinologie	
Klinischer Pfad Hüft-TEP	Prozessoptimierung	Departement Intensivmedizin, Notfallmedizin und Anästheologie	
Ist-Analyse der ambulanten Patientenprozesse	Prozessoptimierung	Universitäres Notfallzentrum	
Körperpflege ohne Wasser	Prozessoptimierung	Universitätsklinik für Intensivmedizin	
Total Quality Management (TQM) nach ISO 9001:2008	Einführung eines Qualitätsmanagementsystems	Universitätsklinik für Augenheilkunde	
Nichtinvasive Beatmung auf der Pneumologie	Behandlungsoptimierung	Departement Magen-Darm, Leber- und Lungenkrankheiten	
Prozessoptimierung für die molekularbiologischen Verlaufsanalysen bei Tumorpatienten (Minimal Residual Disease)	Prozessoptimierung	Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie	
OPEP / TK-Patienten	Prozessoptimierung	Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie	
Umsetzung Rahmenkonzept Patienten-/ Angehörigenedukation	Erhöhung der Behandlungsqualität	Direktion Pflege/MTT	

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitle	Verbesserung zur Auswertungsmöglichkeit des Fehlermeldesystems «CIRS-EBKE»	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel		
Beschreibung	Seit seiner Einführung im Jahr 2003 hat das anonyme Fehlermeldesystem «CIRS-EBKE» (CIRS = Critical Incident Reporting System, EBKE = Erfassen und Bearbeiten kritischer Ereignisse) dazu beigetragen, Risiken oder Fehlerquellen zu erfassen und Verbesserungen umzusetzen. Ein wichtiger Grundsatz dabei ist, die Fälle hauptsächlich in den Kliniken direkt auszuwerten. Auf diese Weise ist eine zeitnahe Bearbeitung der Meldungen gewährleistet. Gleichzeitig fliessen dabei das klinikspezifische Fachwissen und Kenntnisse der jeweiligen Gegebenheiten oder Prozesse vorteilhaft mit in die Analyse ein. Dieses bewährte System wird nun durch eine neu geschaffene zentrale Auswertungsmöglichkeit ergänzt. Damit können die derzeit 29 bestehenden Datenbanken zentral abgefragt werden. Dies erleichtert die Erhebung von spitalweiten Zahlen. Ebenfalls neu ist dabei auch eine Abfragefunktion nach Schlüsselwörtern, die es erlaubt gezielt nach bestimmten Sachverhalten oder Problemen zu suchen. Dadurch wird spitalweit die Erfassung von Problemfeldern erleichtert. Gleichzeitig werden auf diese Weise wichtige Erfahrungen gesammelt, die später bei der Auswertung der digitalen Patientenakte von grosser Bedeutung sein werden.	
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? 29 Universitätskliniken	
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeiter der Fachstelle Qualitätsmanagement	
Projektevaluation / Konsequenzen	Siehe oben → Kapitel „Beschreibung“	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitle	Verkürzung der Wartezeiten in der Poliklinik für Augenheilkunde	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	• Reduktion der Wartezeiten • Erhöhung der Patientenzufriedenheit	
Beschreibung		
Projektablauf / Methodik	• Messung von Wartezeiten und Patientenzufriedenheit • Umstrukturierung der Prozesse im Ambulatorium	
	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Universitätsklinik für Augenheilkunde	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflegepersonal, MitarbeiterInnen des Sekretariates	
Projektevaluation / Konsequenzen	Massive Reduktion der Wartezeiten Anstieg der Patientenzufriedenheit bzgl. Wartezeiten (Anstieg von 48 % auf 84%)	
Weiterführende Unterlagen	Vgl. Vortrag im Q-Talk (Inselspital) am 23. Februar 2011	

F

Schlusswort und Ausblick

Im Laufe des Jahres 2010 wurde unter Zusammenarbeit der Qualitätskommission und der Fachstelle für Qualitätsmanagement das Leitbild 2015 und die dazugehörigen Handlungsfelder weiter entwickelt. Es resultiert nun ein Massnahmenplan, der nach der Genehmigung durch die Spitalleitung im Laufe der nächsten Jahre spitalintern umgesetzt wird.

Als Methode für die Installation und Strukturierung von Qualitätsmanagementsystemen wird im Inselspital soweit möglich und sinnvoll EFQM angewendet. Im Rahmen einer Bestandsaufnahme von allen Zertifizierungen und Akkreditierungen im Spital wurde die Option einer spitalweiten EFQM Zertifizierung über das gesamte Spital erwogen. Aus Ressourcengründen wurde aber nach reiflicher Überlegung zum aktuellen Zeitpunkt von einem solchen Projekt abgesehen. Einzelne Kliniken und Bereiche sind aber im Bereich EFQM sehr weit fortgeschritten, insbesondere die Gastronomie des Inselspitals. Die entsprechenden Bestrebungen von Kliniken und Organisationseinheiten werden gefördert.

Herausgeber / Lesehilfe



H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitätern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Handbuch H+qualité® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Q**ualitätsmonitoring **B**asel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualité® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen.

Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **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 <http://www.anq.ch>



Anhänge