

# Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

12. Mai 2016  
Regina Classen, Leiterin Medizincontrolling / Qualität

Version



## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2015.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

### Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2015

Herr  
Christian Wilmes  
Qualitätsmanager KSBL  
Direktion  
061- 553 7041  
[christian.wilmes@ksbl.ch](mailto:christian.wilmes@ksbl.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitaleintritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligten sich ebenfalls.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methode / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.3.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	16
4.4 Registerübersicht .....	17
4.5 Zertifizierungsübersicht .....	19
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>21</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>22</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>22</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	22
5.2 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation .....	24
5.3 Eigene Befragung .....	26
5.3.1 Mecon - Patientenzufriedenheitsbefragung .....	26
5.3.2 Patientenbefragung Rettungsdienst .....	28
5.4 Beschwerdemanagement .....	29
<b>6 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>30</b>
6.1 Eigene Befragung .....	30
6.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsumfrage KSBL .....	30
<b>7 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>31</b>
7.1 Eigene Befragung .....	31
7.1.1 Zuweiserzufriedenheitsbefragung KSBL .....	31
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>32</b>
<b>8 Wiedereintritte</b> .....	<b>32</b>
8.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	32
<b>9 Operationen</b> .....	<b>33</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	33
<b>10 Infektionen</b> .....	<b>34</b>
10.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	34
<b>11 Stürze</b> .....	<b>37</b>
11.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	37
<b>12 Wundliegen</b> .....	<b>39</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	39
<b>13 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>42</b>
13.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen .....	42
13.1.1 Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen LPZ .....	42
<b>14 Zielerreichung und physischer Gesundheitszustand</b> .....	<b>43</b>
14.1 Nationale bereichsspezifische Messungen .....	43
<b>15 Weitere Qualitätsmessung</b> .....	<b>44</b>
15.1 Weitere eigene Messung .....	44

15.1.1	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ) .....	44
15.1.2	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ).....	45
<b>16</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>46</b>
16.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	46
16.1.1	Klinisches Risikomanagement .....	46
16.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015 .....	47
16.2.1	Schwerpunktangebote .....	47
16.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	47
16.3.1	Zertifizierung des Zentrums für Altersfrakturen Baselland .....	47
<b>17</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>48</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>49</b>
Akutsomatik .....		49
Rehabilitation.....		52
<b>Herausgeber .....</b>		<b>56</b>

# 1 Einleitung

## Hohes Niveau in Diagnostik und Therapie

Dank individuellem Engagement und systematischen Messungen sowie der Umsetzung von kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen erfüllt das KSBL hervorragende Qualitätsstandards.

Individuelle Patientenbetreuung, schlanke Abläufe und eine gute Vernetzung mit den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten sind eine wichtige Grundlage, um sich stetig zu verbessern in der Qualität von Diagnostik, Betreuung und Therapie. Das KSBL unternimmt alles, um in diesen Bereichen höchstes Niveau zu erreichen.

Um dieses Ziel zu erlangen, beschreitet das KSBL verschiedene Wege. Erstens geht es um ein starkes individuelles Engagement aller unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber jedem einzelnen Patienten. Zweitens sind systematisierte Messungen und daraus abgeleitete Massnahmen sowie Forschung auf klinischem und universitärem Niveau unabdingbar. Und drittens wurde im Jahr 2015 das klinische Risikomanagement im KSBL etabliert.

Zu einer wahrnehmbaren Verbesserung der Qualität an allen drei KSBL-Standorten hat insbesondere das interprofessionelle Projekt «Lean Hospital» beigetragen. Dahinter steht als Grundgedanke ein innovatives Organisationsmodell, das den Fokus auf eine konsequente Orientierung auf die Patientinnen und Patienten legt.

Die Arbeit zur Verbesserung der Qualität ist nie beendet. In einem Spital sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefordert. An ihnen ist es, die Wünsche, Bedürfnisse und Anforderungen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen zu erkennen und das eigene Handeln danach auszurichten. Besonders gut wahrnehmbar ist dabei die Arbeit der Pflegenden und der Ärztinnen und Ärzte. Unverzichtbar ist aber auch der Beitrag aller anderen Mitarbeitenden, sei es im Bereich Technik, in der Informatik, im Labor oder auch in der Geschäftsleitung.

Höchste Qualitätsstandards zu erreichen und zu erhalten ist eine ständige Aufgabe, der das KSBL eine hohe Bedeutung beimisst.

Dr. med. Regina Classen

Leiterin Medizincontrolling/Qualität

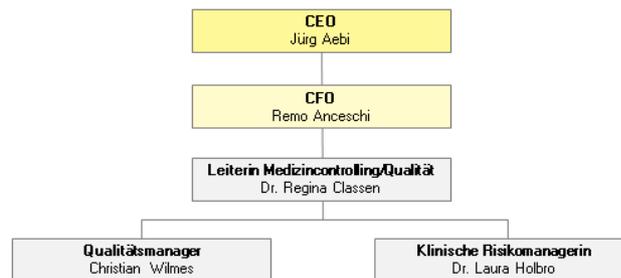
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

#### Medizincontrolling / Qualitätsmanagement

Kantonsspital  
Baselland  
ganz nah



09.05.2016, RC

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist Teilbereich der Abteilung Medizincontrolling / Qualität und dem Finanzwesen angegliedert. Es ist durch den CFO in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **160 %** Stellenprozente zur Verfügung.

#### Bemerkungen

Organigramm des Bereiches Medizincontrolling / Qualität.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Jürg Aebi  
CEO  
Kantonsspital Baselland  
+41 61 553 70 01  
[juerg.aebi@ksbl.ch](mailto:juerg.aebi@ksbl.ch)

Herr Christian Wilmes  
Qualitätsmanager  
Kantonsspital Baselland  
+41 61 553 70 41  
[christian.wilmes@ksbl.ch](mailto:christian.wilmes@ksbl.ch)

Frau Dr. med. Regina Classen  
Leiterin Medizincontrolling und Qualität  
Kantonsspital Baselland  
+41 61 553 70 40  
[regina.classen@ksbl.ch](mailto:regina.classen@ksbl.ch)

Frau Dr. med. Laura Holbro  
Risikomanagerin  
Kantonsspital Baselland  
+41 61 436 30 79  
[laura.holbro@ksbl.ch](mailto:laura.holbro@ksbl.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### Lean@KSBL

Das KSBL setzt bei der Umsetzung seiner unternehmerischen und qualitativen Ziele auf den Ansatz des Lean Managements.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015

##### **Start des klinischen Risikomanagements**

Es wurde die unabhängige, systematische Analyse von Einzelfällen mit dem London Protokoll eingeführt. Die gewonnenen Erkenntnisse münden in konkrete Verbesserungsmassnahmen.

##### **Start Konsolidierung CIRS mit neuer Software**

Die bisher unterschiedlichen CIRS Systeme der Standorte werden durch das CIRS KSBL abgelöst. Dies bedingt neue Aufbau- und Ablaufstrukturen, die auch an zukünftige Entwicklungen flexibel angepasst werden können.

##### **Start des Multiprojektmanagements**

Projekte werden neu einheitlich in einem Softwaresystem eingegeben, gesteuert und gepflegt.

##### **Mitarbeiterbefragung am KSBL**

Im Berichtsjahr fand die, in regelmässigen Abständen erhobene, Messung zur Zufriedenheit der Mitarbeitenden statt.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

### Schwerpunktangebote

Im Berichtsjahr 2015 konnten die 9 definierten Schwerpunktangebote (Bauchzentrum, Beckenboden, COPD und schwere Lungenkrankheiten, Gefässzentrum, Hernien, Herzerkrankungen, Tumorkompetenz und Orthopädie mit Ellenbogen, Hand, Wirbelsäule, Füsse, Knie, Hüfte, Schulter) organisatorisch abgeschlossen werden.

### Lean@KSBL

- weitere Stationen führten das Lean Konzept ein
- im Bereich Führung startete das Lean Leadership

### Ausbau des klinischen Angebotes:

#### Liestal

Erweiterung des kardiologischen Angebotes um die optische Kohärenztomografie.

#### Bruderholz

Einrichtung einer Dialysestation mit 12 Plätzen.

Einrichtung und Zertifizierung des interdisziplinären Zentrums für Altersfrakturen Basellandschaft.

#### Laufen

Neugründung der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Standort.

Start der geriatrischen Rehabilitation auf einer Station.

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

### Departmentalisierung

Die bislang selbstständigen medizinischen Kliniken an den Standorten werden standortübergreifend zu Departementen zusammengefasst und bekommen eine Departementsführung.

### Qualitätsmonitoring beider Basel (QubB)

Das neue Amt für Gesundheit im Kanton Basel-Landschaft führt zusammen mit dem Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt ein Pilotprojekt zum Qualitätsmonitoring der stationären Gesundheitseinrichtungen durch. Das kantonale Monitoring fusst auf den vorhandenen Daten und wird durch kantonale Schwerpunktthemen ergänzt.

### Weitere Entwicklungen

Diese können Sie unter Punkt **4.3 – Qualitätsaktivitäten und Projekte** - einsehen!

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:	Liestal	Bruderholz	Laufen
<i>Akutsomatik</i>			
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	√	√	√
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	√	√	√
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	√	√	√
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	√	√	√
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz	√	√	√
▪ Prävalenzmessung Dekubitus	√	√	√
▪ Prävalenzmessung Dekubitus bei Kindern und Jugendlichen		√	
<i>Rehabilitation</i>			
▪ Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation		√	√
▪ Bereichsspezifische Messungen für			
– Muskuloskelettale Rehabilitation		√	
– Neurologische Rehabilitation		√	

**Bemerkungen**

An den Standorten Bruderholz und Laufen werden zusätzlich stationäre geriatrische Rehabilitationen durchgeführt. Die geriatrische Rehabilitation nimmt ebenfalls am Messplan Rehabilitation des Nationalen Qualitätsvereins ANQ teil.

**4.2 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen**

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:	Liestal	Bruderholz	Laufen
<i>Patientenzufriedenheit</i>			
▪ Mecon - Patientenzufriedenheitsbefragung	√	√	√
▪ Patientenbefragung Rettungsdienst	√	√	√
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>			
▪ Mitarbeiterzufriedenheitsumfrage KSBL	√	√	√
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>			
▪ Zuweiserzufriedenheitsbefragung KSBL	√	√	√

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:	Liestal	Bruderholz	Laufen
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>			
▪ Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen LPZ	√	√	√
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>			
▪ Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)	√	√	√
▪ Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)	√	√	

### 4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

#### Notfallinstitut KSBL

<b>Ziel</b>	Vereinheitlichung Aufbau-/ Ablauforganisation sowie Standards
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Notfall
<b>Standorte</b>	Liestal, Bruderholz, Laufen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Bis 21.4.2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

#### Chirurgie KSBL

<b>Ziel</b>	Vereinheitlichung Aufbau-/ Ablauforganisation sowie Standards
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Chirurgische Klinik
<b>Standorte</b>	Liestal, Bruderholz, Laufen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Bis 13.9.2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

#### Medizin KSBL

<b>Ziel</b>	Vereinheitlichung Aufbau-/ Ablauforganisation sowie Standards
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Medizinische Klinik
<b>Standorte</b>	Liestal, Bruderholz, Laufen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Bis 30.8.2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Orthopädie KSBL

<b>Ziel</b>	Vereinheitlichung Aufbau-/ Ablauforganisation sowie Standards
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Orthopädische Klinik und Traumatologie
<b>Standorte</b>	Liestal, Bruderholz, Laufen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Bis 3.5.2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Anästhesie KSBL

<b>Ziel</b>	Vereinheitlichung Aufbau-/ Ablauforganisation sowie Standards
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Anästhesie
<b>Standorte</b>	Liestal, Bruderholz, Laufen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Bis 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## OP-M KSBL

<b>Ziel</b>	Vereinheitlichung Aufbau-/ Ablauforganisation sowie Standards
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	OP-Management
<b>Standorte</b>	Liestal, Bruderholz, Laufen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Bis 31.5.2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Konsolidierung CIRS KSBL

<b>Ziel</b>	Vereinheitlichung Systeme
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Kliniken und Institute
<b>Standorte</b>	Liestal, Bruderholz, Laufen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Bis 31.1.2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## IPM – Integriertes Patientenmanagement

<b>Ziel</b>	Einführung eines prozessgesteuerten Patientenpfads im stationären Bereich mittels Case Management
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	KSBL
<b>Standorte</b>	Liestal, Bruderholz, Laufen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Bis 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Interprofessionelles Delirmanagement

<b>Ziel</b>	Steigern der Behandlungsqualität: Rückgang der Delirereignisse und damit Rückgang der Sturzmeldungen im Vergleich zur Ausgangsmessung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Pilot: Medizin KSBL
<b>Standorte</b>	Liestal, Bruderholz, Laufen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	31.8.2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## ERAS auf Chirurgie

<b>Ziel</b>	Implementierung des ERAS-Programms zur raschen Erholung nach Dick- und Mastdarmoperationen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	KSBL, Chirurgie
<b>Standorte</b>	Liestal, Bruderholz, Laufen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Bis 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Lean@KSBL Qualität

<b>Ziel</b>	Standardisiertes Vorgehen, um Qualitätsabweichungen in Bezug auf Behandlungsprozesse identifizieren und beurteilen zu können. Durch eine systematische Problemanalyse können daraus wirksame Massnahmen zur Prozessverbesserung abgeleitet werden.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	KSBL
<b>Standorte</b>	Liestal, Bruderholz, Laufen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Bis 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Lean@KSBL Kompetenzen

<b>Ziel</b>	Konzept, in welchem die Schulung und der Einführungsprozess von KAIZEN im KSBL erarbeitet werden und wie die umgesetzte Verbesserungsideen gemessen, gewichtet und wo sinnvoll auf andere Bereiche ausgerollt werden können.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	KSBL
<b>Standorte</b>	Liestal, Bruderholz, Laufen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Bis 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Lean@KSBL Patient

<b>Ziel</b>	Standardisiertes Vorgehen zur Identifikation unzufriedener Patienten und Eskalationsstrategien/Leader Standard Works mit Schwerpunkt im stationären Bereich. Einführung stufenweises Reporting, um die enge Verbindung zum Lean@KSBL Kompetenzen zu sichern.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	KSBL
<b>Standorte</b>	Liestal, Bruderholz, Laufen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Bis 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Progress - Sichere Medikation an Schnittstellen - Stiftung Patientensicherheit Schweiz

<b>Ziel</b>	Systematischer Medikationsabgleich im Akutspital
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	interdisziplinäres Projekt in der Medizinischen Klinik
<b>Standorte</b>	Bruderholz
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	März 2015 bis Ende 2016

#### 4.3.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2008 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

## 4.4 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/saqm/\\_service/forum\\_medizinische\\_register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	Standorte
<b>AMDS</b> Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://www.iumsp.ch/ADS">www.iumsp.ch/ADS</a>	2005	Liestal, Bruderholz
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	Li 2008 Bh 2009	Liestal, Bruderholz
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	2010	Liestal, Bruderholz
<b>MIBB</b> Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie <a href="http://www.mibb.ch">www.mibb.ch</a>	2007	Liestal, Bruderholz
<b>SBCDB</b> Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie <a href="http://www.sbcdb.ch">www.sbcdb.ch</a>	2007	Liestal, Bruderholz
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch">www.smob.ch</a>	2008	Bruderholz
<b>Dialyseregister</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	Li 2007 Bh 2015	Liestal, Bruderholz
<b>SOL-DHR</b> Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN)	Li 1992 Bh 2015	Liestal, Bruderholz

		<a href="http://www.lebendspende.ch/de/verein.php">www.lebendspende.ch/de/verein.php</a>		
<b>SRRQAP</b> Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern <a href="http://www.srrqap.ch">www.srrqap.ch</a>	Li 2007 Bh 2015	Liestal, Bruderholz
<b>Swissregard</b> Swissregard - Nationales Register zu plötzlichen Todesfällen von Athleten	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Rechtsmedizin, Pathologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Kardiologie, Intensivmedizin	Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern <a href="http://www.swissregard.ch">www.swissregard.ch</a>	2007	Liestal, Bruderholz
<b>SWISSVASC</b> SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>	seit Jahren	Bruderholz
<b>SWR</b> Schweizer Wachstumsregister	Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nephrologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern <a href="http://www.ispm.ch">www.ispm.ch</a>	2004	Bruderholz
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	2010	Liestal, Bruderholz, Laufen

## 4.5 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:					
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Standorte	Kommentare
UNICEF Zertifizierung	Frauenklinik - Geburtshilfe	2011	2014	Liestal	
RQS	Spitalapotheke Liestal	2006	2015	Liestal	
ISO 9001:2008	Spitalapotheke Liestal	2006	2015	Liestal	
RQS	Spitalapotheke Bruderholz	2007	2013	Bruderholz	
ISO 9001:2008	Spitalapotheke Bruderholz	2007	2014	Bruderholz	
Akkreditierung Gefässzentrum USGG	Gefässchirurgie Bruderholz	2013	-	Bruderholz	
ISO / IEC 17025	Labor	2001	2014	Alle	
ISO / IEC 15189	Labor	2012	-	Alle	
RHI	Blutlager aller Standorte	-	2012	Alle	Durch Sicherheits-departement Baselland
Swissmedic	Bereich Mikrobiologie Li + Bh	-	2013	Liestal, Bruderholz	Anerkennung
Zertifikat Referenzthermometer	Zentrallaboratorien Baselland	-	2013	Alle	
Messunsicherheit	Zentrallaboratorien Baselland	-	2014	Alle	
Swiss Association for Wound Care SAfW	Chirurgie Liestal	2014	-	Liestal	
DGU - Zertifikat zum Zentrum für Altersfrakturen	ZAB - Zentrum für Altersfrakturen Baselland	2015	-	Bruderholz	
Kompetenzzentrum für Minimal Invasive Chirurgie durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)	Chirurgie Bruderholz und Laufen	2015	-	Bruderholz, Laufen	
Gütesiegel Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie der Deutschen Herniengesellschaft (DHG)	Chirurgie Bruderholz	2014	-	Bruderholz	

Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)	Chirurgie Bruderholz	2015	-	Bruderholz	
---	----------------------	------	---	------------	--

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus fünf Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
<b>Liestal</b>				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.26	9.17	9.00	9.19 (9.03 - 9.35)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.03	8.97	8.89	9.02 (8.87 - 9.17)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.22	8.86	8.95	9.16 (9.00 - 9.33)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.19	8.89	9.01	9.03 (8.87 - 9.19)
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.60	9.32	9.30	9.34 (9.18 - 9.51)
<b>Bruderholz</b>				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.94	8.94	8.76	8.94 (8.67 - 9.21)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.89	8.81	8.73	8.94 (8.72 - 9.16)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.00	9.05	9.00	9.13 (8.92 - 9.34)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.74	8.70	8.82	8.94 (8.71 - 9.17)
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.31	9.26	9.28	9.40 (9.22 - 9.59)
<b>Laufen</b>				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.39	9.06	9.09	9.15 (8.56 - 9.73)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.20	8.89	9.00	9.07 (8.54 - 9.61)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.23	9.32	9.21	9.28 (8.79 - 9.76)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.99	9.13	9.35	9.27 (8.77 - 9.77)

Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.53	9.17	9.76	9.54 (9.04 - 10.00)
--	------	------	------	------------------------

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2015 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>	
<b>Liestal</b>			
Anzahl angeschriebene Patienten 2015	849		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	328	Rücklauf in Prozent	39 %
<b>Bruderholz</b>			
Anzahl angeschriebene Patienten 2015	577		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	218	Rücklauf in Prozent	38 %
<b>Laufen</b>			
Anzahl angeschriebene Patienten 2015	117		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	41	Rücklauf in Prozent	35 %

## 5.2 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt. Der Fragebogen basiert auf jenem für die Akutsomatik, ist aber auf die Besonderheiten der Rehabilitation angepasst.

Der Kurzfragebogen besteht aus fünf Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
<b>Bruderholz</b>				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in diese Rehabilitationsklinik kommen?	-	8.36	8.12	8.64 (8.21 - 9.08)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Rehabilitationsbehandlung, die Sie erhalten haben?	-	8.55	8.18	8.45 (8.01 - 8.88)
Wenn Sie Fragen an Ihre Ärztin oder ihren Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	-	8.80	8.36	8.61 (8.06 - 9.16)
Wie fanden Sie die Betreuung durch das therapeutische Personal, durch das Pflegepersonal und den Sozialdienst während Ihres Aufenthaltes?	-	8.92	8.85	8.87 (8.47 - 9.26)
Wurden Sie während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	-	9.42	9.11	8.94 (8.49 - 9.39)
<b>Laufen</b>				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in diese Rehabilitationsklinik kommen?	-	-	-	8.89 (8.05 - 9.74)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Rehabilitationsbehandlung, die Sie erhalten haben?	-	-	-	8.53 (7.51 - 9.55)
Wenn Sie Fragen an Ihre Ärztin oder ihren Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	-	-	-	9.71 (9.24 - 10.00)
Wie fanden Sie die Betreuung durch das therapeutische Personal, durch das Pflegepersonal und den Sozialdienst während Ihres Aufenthaltes?	-	-	-	8.89 (8.06 - 9.73)
Wurden Sie während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	-	-	-	9.47 (8.89 - 10.00)

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Die verpflichtende Messung der Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation durch den nationalen Qualitätsverein (ANQ) findet erst seit dem Jahr 2013 statt.

Am Standort Laufen besteht erst seit dem Jahr 2015 ein Angebot im Bereich Rehabilitation.

**Angaben zur Messung**

Auswertungsinstitut	hcri AG und MECON measure & consult GmbH
---------------------	--

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im April und Mai 2015 aus einer Rehabilitationsklinik bzw. -abteilung eines Akutspitals ausgetreten sind.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ In der Klinik verstorbene Patienten</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>	

**Bruderholz**

Anzahl angeschriebene Patienten 2015	183		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	86	Rücklauf in Prozent	47.00 %

**Laufen**

Anzahl angeschriebene Patienten 2015	42		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	19	Rücklauf in Prozent	45.00 %

## 5.3 Eigene Befragung

### 5.3.1 Mecon - Patientenzufriedenheitsbefragung

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Dies ermöglicht es dem Spital, wenn nötig zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements.

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat September in allen Abteilungen an allen Standorten durchgeführt.

**Eingeschlossene Patientinnen und Patienten:**

Grundsätzlich wurden alle erwachsenen stationären Patientinnen und Patienten mit Austritt im September 2015 befragt.

**Definition:**

Austritt zwischen 01.09. und 30.09.2015

stationärer Aufenthalt (mindestens 24 Stunden im Spital)

Alter  $\geq$  18 Jahre zum Zeitpunkt des Austritts (Kinder und Jugendliche siehe unten)

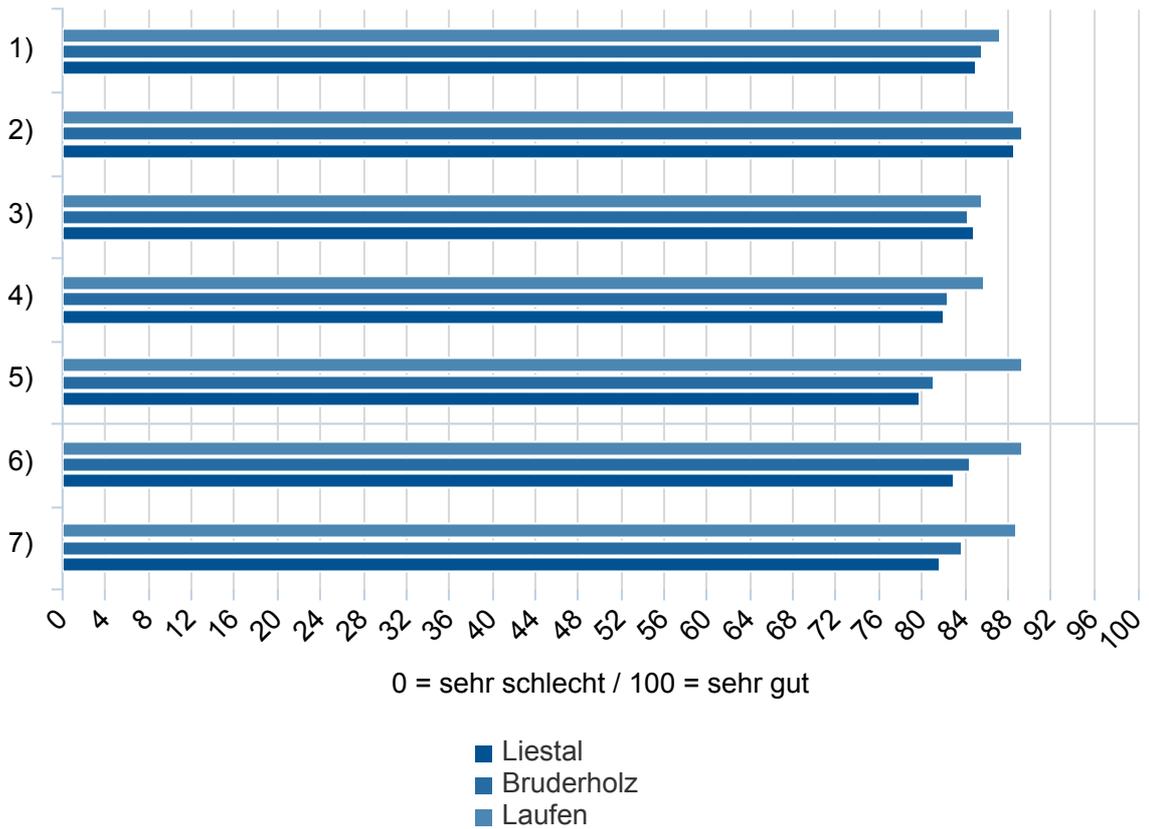
**Ausgeschlossen sind:**

Verstorbene Patientinnen und Patienten

(im Spital und nach Spitalaufenthalt – sofern das Spital davon Kenntnis erhält) Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

**Messthemen**

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



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Liestal	85.00	88.50	84.90	82.10	79.80
Bruderholz	85.50	89.30	84.20	82.40	81.10
Laufen	87.20	88.50	85.50	85.70	89.40

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Liestal	83.00	81.70	319	38.00 %
Bruderholz	84.40	83.70	210	36.00 %
Laufen	89.40	88.80	41	35.00 %

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

### 5.3.2 Patientenbefragung Rettungsdienst

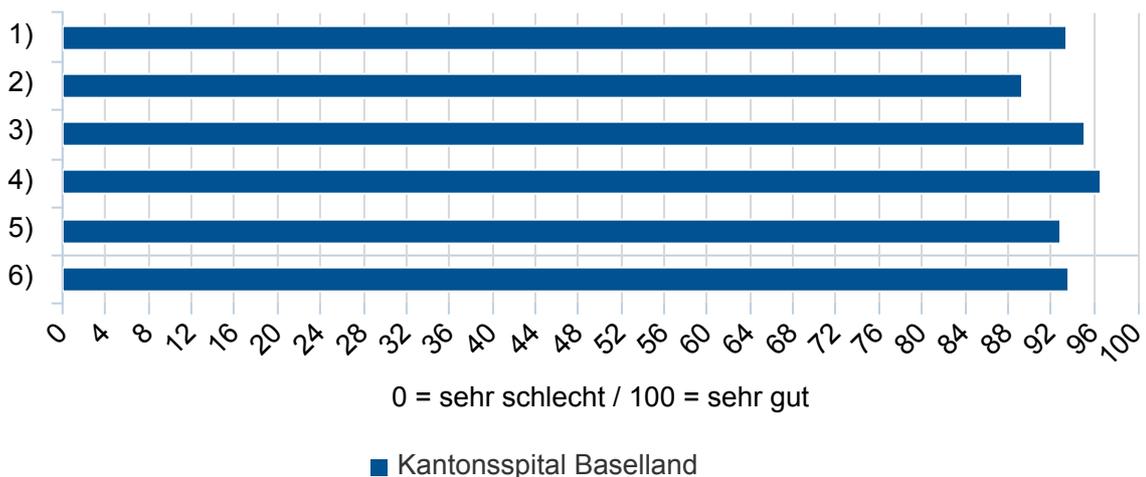
Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Patientinnen und Patienten den Rettungseinsatz und die Betreuung empfunden haben. Dies ermöglicht es dem Rettungsdienst, wenn nötig zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten. Deshalb ist die Patientenbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Juli 2015 bis Dezember 2015 in allen Abteilungen an allen Standorten durchgeführt.

Im Befragungszeitraum wurden alle Patienten des Rettungsdienstes befragt (schriftliche Befragung ca. 7 Tage nach dem Rettungseinsatz). Von der Befragung ausgenommen waren Krankentransporte, Kinder, sowie Patienten mit Bewusstseinsstörungen zum Zeitpunkt des Rettungseinsatzes. Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Information
- 3) Menschlichkeit
- 4) Fachwissen
- 5) Arbeitsweise
- 6) Schmerzbehandlung



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Kantonsspital Baselland	93.50	89.40	95.20	96.70	92.80

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen		Rücklaufquote %
	6)	Anzahl valide Fragebogen	
Kantonsspital Baselland	93.60	125	50.00 %

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

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

## 5.4 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **Kantonsspital Baselland**

Direktion KSBL

061 / 553 7002

[info@ksbl.ch](mailto:info@ksbl.ch)

Bitte wenden Sie sich mit einer Beschwerde an den jeweiligen Standortleiter.

Alternativ: Ombudsstelle der Vereinigung der Nordwestschweizer Spitäler (VNS)

[kontakt@ombudsstelle-spitaeler.ch](mailto:kontakt@ombudsstelle-spitaeler.ch)

## 6 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 6.1 Eigene Befragung

#### 6.1.1 Mitarbeiterzufriedenheitsumfrage KSBL

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden ihre Arbeitssituation empfinden. Dies ermöglicht es dem Spital, allfällige Probleme frühzeitig zu erkennen, und wenn nötig zielgerichtete Verbesserungsmassnahmen einzuleiten.

Deshalb ist die Mitarbeiterbefragung ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements der Spitäler.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 17. August bis 13. September 2015 in allen Abteilungen an allen Standorten durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die erhobenen Daten werden intern für Verbesserungsmassnahmen verwendet.

## 7 Zuweiserzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Zuweiserzufriedenheitsbefragung KSBL

Ziel der Befragung war die Ermittlung von möglichen Verbesserungspotentialen in der Zusammenarbeit mit den Zuweisern.

Aus den Ergebnissen wurde ein Massnahmenkatalog abgeleitet.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2014 in allen Abteilungen an allen Standorten durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2017.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

## Behandlungsqualität

### 8 Wiedereintritte

#### 8.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

#### Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

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

#### Begründung

Dem KSBL liegen die Daten für das Berichtsjahr noch nicht vor.

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Werte erhält das KSBL von externer Stelle - sie liegen für das Berichtsjahr noch nicht vor.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

## 9 Operationen

### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

#### Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

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

#### Begründung

Dem KSBL liegen die Daten für das Berichtsjahr noch nicht vor.

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Werte erhält das KSBL von externer Stelle - sie liegen für das Berichtsjahr noch nicht vor.

#### Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

## 10 Infektionen

### 10.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken 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. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blindarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind ab dem 1. Oktober 2014 verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herz-chirurgischen Eingriffen) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Liestal	Bruderholz	Laufen
▪ Gallenblasen-Entfernungen	√	√	√
▪ Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	√		
▪ Dickdarmoperationen (Colon)	√	√	√
▪ Gebärmutterentfernungen		√	
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen		√	√
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	√	√	√

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
<b>Liestal</b>						
Gallenblasen-Entfernungen	191	4	0.70%	1.30%	1.20%	2.10% (0.60% - 5.30%)
Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	2	0	-	-	0.00%	0.00% (0.00% - 84.20%)
Dickdarmoperationen (Colon)	122	16	6.40%	11.60%	21.90%	13.10% (7.70% - 20.40%)
<b>Bruderholz</b>						
Gallenblasen-Entfernungen	124	1	3.10%	2.00%	0.70%	0.80% (0.00% - 4.40%)
Dickdarmoperationen (Colon)	61	2	4.70%	8.30%	0.00%	3.40% (0.40% - 11.70%)
Gebärmutterentfernungen	75	1	-	-	7.00%	1.30% (0.00% - 7.20%)
<b>Laufen</b>						
Gallenblasen-Entfernungen	42	2	-	9.10%	0.00%	4.80% (0.60% - 16.20%)
Dickdarmoperationen (Colon)	13	1	0.00%	-	-	7.70% (0.20% - 36.00%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2013 – 30. September 2014

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2014 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2014 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2014 (CI*)
			2011	2012	2013	
<b>Liestal</b>						
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	81	0	3.90%	0.00%	2.90%	0.00% (0.00% - 4.50%)
<b>Bruderholz</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	57	3	0.00%	1.90%	2.00%	5.30% (1.10% - 14.60%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	42	0	1.50%	0.70%	0.00%	0.00% (0.00% - 8.40%)
<b>Laufen</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	16	0	-	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 20.60%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	42	0	-	0.00%	8.30%	0.00% (0.00% - 8.40%)

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten ( $\geq 16$ Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten ( $\leq 16$ Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

## 11 Stürze

### 11.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) und [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze)

#### Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
<b>Liestal</b>				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	5	5	4	9
In Prozent	3.00%	3.50%	2.50%	7.10%
<b>Bruderholz</b>				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	18	9	12	5
In Prozent	7.80%	6.50%	7.00%	3.70%
<b>Laufen</b>				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	3	0	2	0
In Prozent	8.30%	0.00%	6.10%	0.00%

Bei den hier publizierten Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt,</li> <li>▪ Säuglinge der Wochenbettstation,</li> <li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre)</li> <li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Liestal</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	126	Anteil in Prozent (Antwortrate)	62.10%
<b>Bruderholz</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	137	Anteil in Prozent (Antwortrate)	85.10%
<b>Laufen</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	10	Anteil in Prozent (Antwortrate)	52.60%

## 12 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			Anzahl Erwachsene mit Dekubitus im 2015	In Prozent
		2012	2013	2014		
<b>Liestal</b>						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1-4	11	11	7	17	14.10%
	ohne Kategorie 1	7	8	5	7	5.80%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	8	6	5	11	9.10%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	4	3	4	2	1.70%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	3	5	2	6	5.00%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	3	5	1	5	4.10%
<b>Bruderholz</b>						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1-4	21	10	16	9	6.60%
	ohne Kategorie 1	11	6	8	5	3.70%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	10	3	10	3	2.20%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	3	3	4	1	0.70%

	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	11	7	6	6	4.40%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	8	3	4	4	2.90%
<b>Laufen</b>						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1-4	2	4	0	1	10.00%
	ohne Kategorie 1	0	1	0	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	1	3	0	1	10.00%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	1	0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	1	1	0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0	0	0	0.00%

## Bei Kindern und Jugendlichen

		Vorjahreswerte			Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus im 2015	In Prozent
		2012	2013	2014		
<b>Bruderholz</b>						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1-4			0	0	0.00%
	ohne Kategorie 1			0	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Total			0	0	0.00%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1			0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, Total			0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1			0	0	0.00%

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt,</li> <li>▪ Säuglinge der Wochenbettstation,</li> <li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre)</li> <li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Liestal</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	126	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	62.10%
<b>Bruderholz</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	137	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	85.10%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2015	3	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	100.00%
<b>Laufen</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	10	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	52.60%

## 13 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

### 13.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

#### 13.1.1 Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen LPZ

Im Rahmen der nationalen Prävalenzerhebungen vom ANQ werden vom KSBL zusätzlich die Freiheitsbeschränkenden Massnahmen erhoben. Im Anschluss werden die Ergebnisse analysiert und Verbesserungsmassnahmen abgeleitet.

Diese Messung haben wir im Monat November in allen Abteilungen an allen Standorten durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

## 14 Zielerreichung und physischer Gesundheitszustand

### 14.1 Nationale bereichsspezifische Messungen

Die ANQ-Messvorgaben in der Rehabilitation gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten werden entsprechende Messinstrumente je nach Rehabilitationsart bei Ein- und Austritt eingesetzt. Die Patientenzufriedenheitsbefragung wird ebenfalls bei allen stationären Patienten durchgeführt.

Weiterführende Informationen zu den bereichsspezifischen Messungen im Bereich der Rehabilitation finden Sie unter [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

#### Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert und nicht risikobereinigte Werte (sog. Rohwerte) ohne Vergleichswert bedingt aussagekräftig sind, werden die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht nicht publiziert. Die Messergebnisse finden Sie in vergleichender Darstellung auf der ANQ Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung		Bruderholz
Auswertungsinstitut	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Abteilung Rehabilitationsforschung.	
Methode / Instrument	<b>Muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation</b>	
	▪ Hauptziele (HZ) und Zielerreichung (ZE)	√
	▪ Functional Independence Measurement (FIM)	√
	▪ Health Assessment Questionnaire (HAQ)	√

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationär behandelten erwachsenen Patienten
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendrehabilitation

## 15 Weitere Qualitätsmessung

### 15.1 Weitere eigene Messung

#### 15.1.1 Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)

Gemessen wird die Anzahl der Stürze mit und ohne Behandlungserfolge.

Gemessen wird mit einem Sturzprotokoll.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen an allen Standorten durchgeführt. Untersucht wurden alle stationären Patienten im Berichtsjahr 2015.

Es gab keine Ausschlusskriterien.

Die Anzahl Stürze pro 1000 Pflgetage betrug 3,91.

Die Anzahl Stürze mit Behandlungserfolge (inkl. ärztlichen Abklärungen, wie Röntgen) pro 1000 Pflgetage betrug 0,41.

Die Anzahl Stürze ohne Behandlungserfolge pro 1000 Pflgetage betrug 3,38.

Die Anzahl der tatsächlich gestürzten Patienten lag bei 846.

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Folgende Präventionsmassnahmen und Verbesserungsaktivitäten wurden eingeleitet:

- Laufendes Monitoring der Ereignismeldungen und zeitnahe Reaktion bei Auffälligkeiten
- Einsatz von Niedrigpflgebetten, Matratzen mit Ausstiegsalarm und Bodenkontaktmatten
- Schulungsveranstaltungen zum Thema "Sturzprävention" für alle Standorte

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzprotokoll
---	----------------

### 15.1.2 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)

Das Ziel der Messung sind valide interne Daten zum Thema Dekubitus. Sie sollen dazu dienen, um auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen organisationalen Bereiche zugeschnittene Präventionsmassnahmen einzuleiten.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen an den Standorten „Liestal“, „Bruderholz“ durchgeführt.

Die Untersuchung wurde bei allen stationären Patienten im Berichtsjahr 2015 durchgeführt.

Es gab keine Ausschlusskriterien.

Aufgrund der unsicheren Diagnostizierung von Dekubitus Grad 1 verzichtet der Betrieb auf die Publikation dieser Resultate.

#### **Total**

0.32 / 1000 Pflage tage

#### **Grad 2**

0.25 / 1000 Pflage tage

#### **Grad 3**

0.05 / 1000 Pflage tage

#### **Grad 4**

0.02 / 1000 Pflage tage

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Präventionsmassnahmen und Verbesserungsaktivitäten

- Ergänzung von speziellem Lagerungsmaterial zur Dekubitusprophylaxe
- Vereinfachung des Bestellprozederes für Wechseldruckmatratzen
- Laufendes Monitoring der Meldungen und zeitnahes Reagieren bei Auffälligkeiten
- Schulungsveranstaltungen zu den Themen Dekubitusprävention und -behandlung für alle Standorte

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Dekubitusprotokoll
---	--------------------

## 16 Projekte im Detail

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

### 16.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 16.1.1 Klinisches Risikomanagement

Das Projekt wird an den Standorten „Liestal“, „Bruderholz“, „Laufen“ durchgeführt.

#### **Einrichtung einer Stelle für klinisches Risikomanagement.**

Was beinhaltet Klinisches Risikomanagement?

Durch die klinische Diagnostik und Therapie von Patienten entstehen spezifische Risiken. Während die Minimierung der (vorwiegend ökonomischen) Unternehmensrisiken im Internen Kontrollsystem IKS schon spitalweit im KSBL etabliert wurde, ist das institutionalisierte klinische Risikomanagement eine noch junge Einrichtung. Es zielt darauf ab, die Risiken für die Patienten zu minimieren. Im direkten Fokus des klinischen Risikomanagements stehen die konkreten Risiken unserer Patienten. Wir sehen es als unseren Auftrag an, unsere Patienten auf dem Stand der medizinischen Wissenschaft und so sicher wie möglich zu behandeln. Indirekt sollen durch eine Reduktion von Komplikationen die Kosten gesenkt werden. Durch die Erhöhung der Behandlungsqualität und der Patientenzufriedenheit soll unser Marktanteil erhöht werden.

Wie sollen diese Ziele erreicht werden?

Das Klinische Risikomanagement hat drei Arbeitsbereiche: einen analytischen, einen berichtenden und einen praktischen.

#### **Analysen**

Die Analysen zielen auf das Erkennen von Fehlern, Beinaheschäden und Schäden ab. Gegenstand der Analysen sind die im Spital schon vorhandenen Daten, z.B: CIRS (Critical Incident Reporting System)

- Mortalitätsstatistiken
- Infektionsstatistiken
- Wiederaufnahmestatistiken
- Reoperationsstatistiken
- Patientenzufriedenheitsstatistiken
- Schadensmeldungen
- Haftpflichtfälle
- Patientenbeschwerden

#### **Berichte**

Über die Ergebnisse der Analysen wird regelmässig und empfängergerecht berichtet. Ein Kennzahlensystem soll etabliert werden.

#### **Praktische Massnahmen**

Die Ergebnisse der Analysen werden mit den Akteuren im Spital diskutiert. Daraus resultierende Massnahmen werden festgelegt, und das Ergebnis der Massnahmen überprüft.

## 16.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

### 16.2.1 Schwerpunktangebote

Das Projekt wurde an den Standorten „Liestal“, „Bruderholz“, „Laufen“ durchgeführt.

#### **Schwerpunktangebote**

Im Berichtsjahr 2015 konnten die 9 definierten Schwerpunktangebote im Rahmen eines Direktionsprojektes abgeschlossen werden.

Das KSBL setzt seine Schwerpunkte in folgenden Bereichen:

- Bauchzentrum
- Beckenboden
- COPD und schwere Lungenkrankheiten
- Gefässzentrum
- Hernien
- Herzerkrankungen
- Tumorkompetenz
- Orthopädie (Ellenbogen, Hand, Wirbelsäule, Füsse, Knie, Hüfte, Schulter)

## 16.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 16.3.1 Zertifizierung des Zentrums für Altersfrakturen Baselland

Die Zertifizierung wird am Standort Bruderholz durchgeführt.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) hat dem Zentrum für Altersfrakturen Baselland das Zertifikat zum AltersTraumaZentrum überreicht.

## 17 Schlusswort und Ausblick

Das Kantonsspital Baselland ist ein Zentrumsspital an drei Standorten. Wir betreuen im Jahr etwa 30'000 stationäre und etwa 260'000 ambulante Patienten.

Unseren Patienten möchten wir in persönlicher Zuwendung begegnen und unsere Behandlung an ihren individuellen Bedürfnissen ausrichten. Dies wollen wir auf der Höhe der medizinischen Wissenschaft und mit grösstmöglicher Sicherheit tun.

In unserem Qualitätsbericht zeigen wir, in welchen konkreten Massnahmen und Ergebnissen unser Bestreben nach der bestmöglichen medizinischen Behandlung seinen Ausdruck gefunden hat.

Den Wünschen unserer Patienten und dem medizinischen Fortschritt folgend, werden wir unsere Qualitätsarbeit in den kommenden Jahren fortsetzen im Dialog mit unseren Patienten und der Öffentlichkeit.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot. Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinformation.ch](http://spitalinformation.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

### Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen		Kantonsspital Baselland
<b>Basispaket</b>		
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin		√
<b>Haut (Dermatologie)</b>		
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)		√
Dermatologische Onkologie		√
Schwere Hauterkrankungen		√
Wundpatienten		√
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>		
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)		√
Hals- und Gesichtschirurgie		√
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)		√
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen		√
Mittelohrchirurgie (Tympaanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)		√
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie		√
Kieferchirurgie		√
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>		
Neurochirurgie		√
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>		
Neurologie		√
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems		√
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)		√
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)		√
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>		
Ophthalmologie		√
Strabologie		√
Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)		√
Glaukom		√
Katarakt		√
Glaskörper/Netzhautprobleme		√
<b>Hormone (Endokrinologie)</b>		

Endokrinologie	√
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>	
Gastroenterologie	√
Spezialisierte Gastroenterologie	√
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>	
Viszeralchirurgie	√
Grosse Pankreaseingriffe	√
Grosse Lebereingriffe	√
Oesophaguschirurgie	√
Bariatrische Chirurgie	√
Tiefe Rektumeingriffe	√
<b>Blut (Hämatologie)</b>	
Aggressive Lymphome und akute Leukämien	√
Indolente Lymphome und chronische Leukämien	√
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	√
<b>Gefässe</b>	
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	√
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	√
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	√
Interventionen intraabdominale Gefässe	√
Gefässchirurgie Carotis	√
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	√
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)	√
<b>Herz</b>	
Einfache Herzchirurgie	√
Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)	√
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	√
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	√
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	√
Elektrophysiologie (Ablationen)	√
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	√
<b>Nieren (Nephrologie)</b>	
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	√
<b>Urologie</b>	
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√
Radikale Prostatektomie	√
Radikale Zystektomie	√
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)	√
Isolierte Adrenalektomie	√
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang	√
Plastische Rekonstruktion der Urethra	√
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters	√
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial	√
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>	
Pneumologie	√
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	√
Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	√

Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie	√
Polysomnographie	√
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>	
Thoraxchirurgie	√
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	√
Mediastinaleingriffe	√
<b>Transplantationen</b>	
Transplantationen solider Organe (IVHSM)	√
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>	
Chirurgie Bewegungsapparat	√
Orthopädie	√
Handchirurgie	√
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	√
Arthroskopie des Knies	√
Rekonstruktion obere Extremität	√
Rekonstruktion untere Extremität	√
Wirbelsäulenchirurgie	√
Knochentumore	√
Plexuschirurgie	√
Replantationen	√
<b>Rheumatologie</b>	
Rheumatologie	√
Interdisziplinäre Rheumatologie	√
<b>Gynäkologie</b>	
Gynäkologie	√
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina	√
Maligne Neoplasien des Corpus uteri	√
Maligne Neoplasien des Ovars	√
Maligne Neoplasien der Mamma	√
<b>Geburtshilfe</b>	
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq 2000g$ )	√
Geburtshilfe (ab 32. SSW und $\geq 1250g$ )	√
Spezialisierte Geburtshilfe	√
<b>Neugeborene</b>	
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq 2000g$ )	√
Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$ )	√
Spezialisierte Neonatologie (Level III)	√
<b>Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)</b>	
Onkologie	√
Radio-Onkologie	√
Nuklearmedizin	√
<b>Schwere Verletzungen</b>	
Unfallchirurgie (Polytrauma)	√
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)	√

## Rehabilitation

### Leistungsangebot in der Rehabilitation

Arten der Rehabilitation	Liestal	Bruderholz	Laufen
Geriatrische Rehabilitation		s	s
Internistische Rehabilitation		a	
Muskuloskelettale Rehabilitation		a,s	
Neurologische Rehabilitation		s	
Pulmonale Rehabilitation	a	a	

a = ambulant, s = stationär

### Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pfl egetage** 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 Pfl egetage) 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 Pfl egetage 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.

Angebote stationäre Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pfl egetage
Geriatrische Rehabilitation	3.00	753	14304
Muskuloskelettale Rehabilitation	3.00	542	10106
Neurologische Rehabilitation	3.00	175	4834

### Bemerkungen

Die Durchschnittliche Anzahl an Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient variiert stark und ist in hohem Masse abhängig von der individuellen Gesamtsituation des Patienten.

## Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)

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.

Angeborene ambulante Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte
Internistische Rehabilitation	0.00	24
Muskuloskelettale Rehabilitation	0.00	60
Pulmonale Rehabilitation	0.00	50

### Bemerkungen

Die Angaben beziehen sich auf das gesamte KSBL.

Das ambulante Angebot wird in Programmen erbracht, die z. T. mehrmals wöchentlich stattfinden.

### Angeborene ambulante Rehabilitationsprogramme am KSBL

#### Liestal

Pulmonale Rehabilitation (Respirare) 2x pro Woche.

Urogenitale Rehabilitation (Rückbildung nach Schwangerschaft) 2x pro Woche je 1 Stunde.

#### Bruderholz

Muskuloskelettale Rehabilitation (Rücken) 3x pro Woche.

Internistische Rehabilitation (PAVK) 3x pro Woche je 1,5 Stunden.

Pulmonale Rehabilitation (APR) 2x pro Woche je 1,5 Stunden.

## Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbarere, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.

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.

Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, nach Bedarf mit **externen Spezialisten** zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ zum Beispiel mit 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.

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
<b>Bruderholz</b>		
Intensivstation vor Ort	Intensivstation in akutsomatischem Spital	0 km
Notfall vor Ort	Notfall in akutsomatischem Spital	0 km
<b>Laufen</b>		
Kantonsspital Baselland - Standort Bruderholz, Bottmingen	Intensivstation in akutsomatischem Spital	22 km
Notfall vor Ort	Notfall in akutsomatischem Spital	0 km

## Personelle Ressourcen in der Rehabilitation

Vorhandene Spezialisierungen	Anzahl Vollzeitstellen
<b>Bruderholz</b>	
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	2
Facharzt Neurologie	1
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	3
<b>Laufen</b>	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	1

Spezifische Fachärzte sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte	Anzahl Vollzeitstellen
<b>Bruderholz</b>	
Pflege	57
Physiotherapie	8
Logopädie	2
Ergotherapie	5
Ernährungsberatung	1
Neuropsychologie	2
Klinische Psychologie	1
Casemanagement	2
Sozialdienst	1
<b>Laufen</b>	
Pflege	20
Ergotherapie	1
Ernährungsberatung	1
Aktivierungstherapie	1
Sozialdienst	1

Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften.

### Bemerkungen

#### Therapie- und Beratungsdienste am Standort Laufen

Die Therapie- und Beratungsdienste werden im Bereich Physiotherapie in der Rehabilitation vom Physiotherapieteam Laufen übernommen. Die Logopädie, Klinische- und Neuropsychologie werden von den Teams am Standort Bruderholz bei Bedarf mit abgedeckt.

#### Anzahl Vollzeitstellen

Die Vorgaben des Qualitätsberichtes erlauben keine genauen Angaben über die zur Verfügung stehenden Stellenprozente an den Standorten. Aus diesem Grund werden in einigen Bereichen die Anzahl an Personen angegeben.

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:  
H+ Die Spitäler der Schweiz  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

## Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) nahe zu legen.



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)