



Kantonsspital Laufen
Lochbruggstrasse 39
4242 Laufen



Qualitätsbericht 2009

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

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	4
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	6
C1	Kennzahlen Akutsomatik	6
C2	Kennzahlen Langzeitpflege	6
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	7
D1	Zufriedenheitsmessungen	7
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	7
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	8
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	8
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	8
D2	ANQ-Indikatoren	9
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	9
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	9
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	10
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	10
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	11
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	11
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	12
E1	Pflegeindikatoren	12
E1-1	Stürze	12
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	12
E2	Weitere Qualitätsindikatoren	13
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege	13
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings	13
F	Verbesserungsaktivitäten	14
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	14
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	14
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	15
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	16
G	Schlusswort und Ausblick	17
H	Impressum	18



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

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

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

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

Mit unserem Ärzteteam spezialisierter Generalisten decken wir weit mehr als die allgemeine Grundversorgung ab. Insbesondere in der qualitativ hochstehenden Orthopädischen Chirurgie setzen wir Schwerpunkte in der Prothetik an Hüft- und Kniegelenken und in der minimal-invasiven Operationsmethode in der Hüftchirurgie. Die postoperative Schmerzbehandlung ist dabei integrierter Bestandteil. Chronische Schmerzpatientinnen und -patienten sind in der Schmerzprechstunde unserer Schmerztherapeuten bestens betreut. Das Angebot wurde Ende 2009 mit der interventionellen Schmerztherapie abgerundet.

Unser Ärztlicher Dienst ist für eine rasche Diagnostik auf eine gute medizin-technische Infrastruktur angewiesen. In den Zentralen Untersuchungsdiensten führen wir endoskopische, gastroenterologische und urologische Untersuchungen durch, und in der Radiologie bieten wir neu die Computertomographie an. Für weitere Abklärungen steht das hauseigene Labor zur Verfügung. Wo Spezialabklärungen notwendig sind, suchen wir im Rahmen des kantonalen Verbundes die Zusammenarbeit mit den basellandschaftlichen Kantonsspitalern.

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

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



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

- Das Kantonsspital Laufen ist auf ein umfassendes Qualitätsbewusstsein ausgerichtet, das beim Ärztlichen Dienst beginnt, alle patientenorientierten Abteilungen einschliesst und auch alle internen Dienstleister einbezieht.
- Es wird eine einheitliche Blickrichtung aller Führungsebenen angestrebt, um damit das Bewusstsein für eine lernende Organisation zu schaffen und darin die Qualitätsstandards zu sichern.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

- Fertigstellung der Renovation Radiologie, Anschaffung eines CT sowie die Gewinnung eines Radiologen
- Interdisziplinäres Kommunikationstraining für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Führungskurse für die Kadermitarbeiterinnen und -mitarbeiter
- Implementierung der elektronischen Medikamentenverordnung im KIS
- Umsetzung der Empfehlungen der Stiftung für Patientensicherheit: strukturierte Abläufe zur Vermeidung von Verwechslungen und Einführung des ‚Time-out‘ vor Operationsbeginn

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

- Start des KIS-Projektes → Ziel ist ein funktionierendes Klinikinformationssystem
- Verbesserte Kommunikation
- Schnellere Verfügbarkeit von radiologischen Befunden dank Prozessoptimierungen
- Fortsetzung der Einführung Bezugspflege
- Überarbeitung und Optimierung der Reinigungspflichtenhefte im gesamten Haus
- Teilnahme an der ‚Sonderschau Gesundheit‘ innerhalb der regionalen Gewerbeausstellung Laufental/Thierstein zur Erhöhung der Präsenz in der Öffentlichkeit
- Im Hinblick auf ein generelles CIRS-Projekt Einführung eines Meldeformulars zur Erfassung für ‚Fast-Ereignisse‘ in der Medizinischen Klinik

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Umfassende Einführung der elektronischen Patientenakte (EPA)
- Vorbereitung auf die Einführung DRG
- Darstellung der Behandlungspfade, beginnend mit der Dokumentation der Kernprozesse im Zuge der KIS-Erweiterung
- Einführung eines elektronischen CIRS-Systems
- Aufbau eines Schmerz-Kompetenz-Zentrums
- Einführung einer Wundsprechstunde

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich: Stabsfunktion, direkt dem Direktor unterstellt
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	30% Stellenprozenzte zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	14'372	
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	1	
Anzahl stationäre Patienten	2'288	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	108	
Anzahl Pflgetage gesamt	24'205	
Bettenanzahl per 31.12.	86	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	10,6	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	78,7	
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte		

C2 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.	4	
Anzahl Pflgetage gesamt	397	
Bettenanzahl per 31.12.	4	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	30,5	
Durchschnittliche Auslastung	27,2	
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte		

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
<input type="checkbox"/>	Nächste Messung: <input type="text"/>	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen: <input type="text"/>

Messergebnisse	Mittelwert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	85.3 Punkte	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messbereiche.
Resultate pro Messbereich		
Ärzte	87.7 Punkte	7 Fragen zum Messbereich „Ärzte“
Pflege	85.2 Punkte	7 Fragen zum Messbereich „Pflege“
Organisation	82.5 Punkte	7 Fragen zum Messbereich „Organisation“
Essen	83.3 Punkte	3 Fragen zum Messbereich „Essen“
Wohnen	86.5 Punkte	3 Fragen zum Messbereich „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	82.4 Punkte	5 Fragen zum Messbereich „Öffentliche Infrastruktur“
Resultate pro Fachbereich		
Medizin	87.1 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
Chirurgie	87.1 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
Gynäkologie/Geburten	85.3 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs

Kommentar: Das Spital erhebt die Patientenzufriedenheit permanent bei allen ausgetretenen Patienten.	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	<input type="text"/>	Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt		
Rücklauf in Prozenten	22.9%		
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt: <input type="text"/>	

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2008	Nächste Messung: 2012
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

D1-4 Zuweiserzufriedenheit



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten		
	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
787		Reoperation wegen Frühkomplikation 2.41 % Spätkomplikation 2.29 % Rezidiv 0.25 %	AQC

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Beim AQC-Tool bezieht sich die Reoperationsrate nicht nur auf Erstoperationen im Berichtsjahr sondern auch auf mehrere Jahre zurückliegende Operationen. Deshalb gibt es keinen direkten Bezug zwischen der Anzahl Behandlungen und der Anzahl erneuter Behandlungen im 2009.

- Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
AQC	B	A, B	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 2009

C=Einführung im Berichtsjahr 2009

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“	Qualitative Erfassung der Sturzereignisse stationär und ambulant mit Auswertung. Festlegen von prophylaktischen Massnahmen. Reduktion der Stürze durch gezielte Prävention mit Erfassung der Sturzgefährdung.
---	---

Messung im Berichtsjahr 2009				
Spitalgruppen: an welchen Standorten?				
Gemessene Abteilungen: alle Abteilungen, Notfallstation, Physiotherapie				
Ergebnis gesamt:	96	Anteil mit Behandlungsfolgen:	54.5%	Anteil ohne Behandlungsfolgen: 45.5%
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes: Sturzprotokoll	
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009	
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	
Gemessene Abteilungen:	Ergebnis gesamt:
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

Entstehungsort der Dekubiti	Werte (quantitativ)				
	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung					
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.					
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen					

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009	
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



Indikator	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Freiheitseinschränkende Massnahmen: Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall		Nur in Ausnahmefällen in Absprache mit Patient und/oder Vertrauensperson Nach Möglichkeit: Einsatz Klingelmatte und TOM
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		Inkontinenz-Standard mit Einlagen
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	<input checked="" type="checkbox"/> Richtlinien bestehen.	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings



Messthema	Delir		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Chir. Klinik: bei Patienten alter als 65 J. Med. Klinik: bei Patienten älter als 70 J. Beide Kliniken: verhaltensauffällige	Ergebnis:	Durch Früherkennung: - Reduktion des Auftretens oder der Dauer der Verwirrtheit - Reduktion der Komplikationen durch Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz: MMS, DOS, CAM, MSQ, Uhrentest		

Messthema	Mangelernährung		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Medizinische Abteilungen	Ergebnis:	- Früherfassung - adäquate Substitution - Verhinderung von Komplikationen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes: - Risikoerfassung Mangelernährung - Tellerdiagramm		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

F Verbesserungsaktivitäten



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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Labor	ISO/IEC 17025	2007	2009	Akkreditierung

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, permanenten Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Kantonsspital Laufen	Qualitätszirkel	Dokumentation der Qualitäts-Aktivitäten	laufend
	Vorschlagswesen für Mitarbeiter/innen	Steigerung Mitarbeiterzufriedenheit	eingeführt
	Hygienekommission	Einhaltung von Hygienestandards	laufend
Ärztlicher Dienst	Wöchentliche klinikübergreifende Fortbildung	À-jour-Halten von generellem medizinischem Fachwissen	laufend
	Wöchentliche klinikinterne Fortbildung	Aufbereitung, Studium, Vertiefung von klinik- bezogenem Fachwissen	laufend
	Quartalsweise Fortbildung mit externen Referenten	Einbezug von externem Fachwissen	laufend
Pflegedienst	Pflege von Demenzerkrankten	Kompetenz und Sicherheit im Umgang mit allen Patienten im dritten Alter	laufend
	Begleitung von Patienten und Angehörigen im Sterbeprozess	Kompetenz und Sicherheit im Umgang mit belastenden Situationen	laufend
	Bezugspflege	Patientenorientierte, verantwortungsvolle Pflegeorganisation	laufend
	Strukturiertes Pflegegespräch	Qualitätssicherung in der Pflege	laufend
	Pflegetechniken	Gewährleistung von Sicherheit und Kompetenzerhalt in pflegetechnischen Handlungen	laufend
Ärztlicher Dienst und Pflegedienst	Schmerzmanagement	Einheitliche Beurteilung von Schmerz, Erkennung als Krankheit und Standardisierung der Therapie	laufend
	Wundmanagement	Schonende, schmerzfreie und wirksame Versorgung von Wunden aller Art	laufend

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
	Umsetzung der Empfehlungen der Stiftung für Patientensicherheit	Vermeidung von Verwechslungen	laufend
	Interdisziplinäre Fallbesprechung	Qualitätsüberprüfung und -sicherung	laufend
	Reanimations-Kurse	Kompetenz und Sicherheit in lebensbedrohlichen Situationen	laufend
	Qualitätszirkel IMC/Anästhesie	Erhaltung einheitlicher Standards	laufend
Logistik	Operational Qualification OQ	Abnahme des OPS gemäss den Vorschriften	jährlich
	Hygiene-Besprechung	Gewährleistung der geforderten Hygiene in allen Bereichen wie Küche, OPS, Stationen, Wäsche etc.	laufend
	Überprüfung der Reinigungspläne / Schnittstellenbereinigung	Effiziente, hygienekonforme Reinigung; Aktualisierung der Pflichtenhefte	laufend
	Brandschutzkurse	Richtiges Verhalten aller Mitarbeiter/innen in Ereignisfällen; Befähigung aller Mitarbeiter/innen, Kleinlöschmittel richtig anzuwenden	laufend
	Bettenfahrkurse	ordentlicher Umgang mit Mensch und Bett, Wissen über die Bettentechnik	laufend

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Ärztlicher Dienst	FMH Anerkennung für zweijährige Assistenzarzt-ausbildung in der Orthopädie / Traumatologie	Fachliche Anerkennung der orthopädisch/traumatologischen Tätigkeit	2009
Medizintechnik	PACS	Elektronische Speicherung von Bildmaterial in der Radiologie/ZUD	2008 - 2010
Informatik	KIS	Prozessdarstellung und -überprüfung	2008 - 2011

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 abgeschlossenen Qualitätsprojekten

Projekttitle	Kommunikationstraining	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können mit Patientinnen und Patienten, mit Angehörigen sowie mit Kolleginnen und Kollegen aller Abteilungen besser kommunizieren und verstehen besser, mit Konflikten umzugehen.	
Beschreibung	Interdisziplinäres Training in mehreren Tages- und Halbtagesblöcken mit externer Kommunikationstrainerin	
Projekttablauf / Methodik	Kurse in Gruppen von max. 20 Personen, konsequent interdisziplinär zusammengestellt; Vermittlung von Grundwissen, Einführung in die praktische Arbeit, praktische Übungen in Rollenspielen in Kleingruppen, Feedback-Runden	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	alle	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Beurteilung des Ergebnisses: stark gewachsenes Verständnis für andere Berufsgruppen/Abteilungen; spürbar bessere Kommunikation	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitle	Patientensicherheit	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Umsetzung der Empfehlungen der Stiftung für Patientensicherheit	
Beschreibung	Einführung und Anwendung der Sicherheitsmassnahmen gemäss Empfehlungen; vor Operationsbeginn konsequente Durchführung des ‚Time-out‘ (alle am OP-Geschehen beteiligten Personen gehen gemeinsam die Checkliste durch); Vermittlung an Patientinnen und Patienten und an Angehörige, warum sie in die Patientensicherheit einbezogen werden	
Projekttablauf / Methodik	Besuche von vorbereitenden Veranstaltungen; Interne Arbeitsgruppe	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	alle patientenorientierten Berufsgruppen	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Gesteigertes Bewusstsein bei allen betroffenen Berufsgruppen	
Weiterführende Unterlagen		



Im Zusammenhang mit den Änderungen, die sich aus der neuen Spitalfinanzierung ergeben, werden alle Aufgaben geprüft und an neue Gegebenheiten angepasst.

In der Vorbereitung auf DRG und die vollständige elektronische Patientenakte sind wir daran, die ganze Prozesslandschaft zu überprüfen, die Kernprozesse hervorzuheben und die entsprechenden Schnittstellen bei Bedarf zu reorganisieren.

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



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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 (**Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern**) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_qabe



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques**) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch