



**Kantonsspital Baselland
Standort Liestal
Rheinstrasse 26
4410 Liestal**



Inhaltsverzeichnis

Qualitätsstrategie	4
B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	4
B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011.....	4
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	4
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
B5 Organisation des Qualitätsmanagements	4
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
C1 Angebotsübersicht des Standortes Liestal.....	5
C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011 Standort Liestal	7
C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011	8
D Qualitätsmessungen	8
D1 Zufriedenheitsmessungen.....	8
D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	9
1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	9
D1-4 Zuweiserzufriedenheit.....	10
D2 ANQ-Indikatoren.....	10
D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	10
D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	11
D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	11
D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	13
D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	15
D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	16
D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	16
D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	17
D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	18
E Verbesserungsaktivitäten und -projekte	19
E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	19
E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	20
F Schlusswort und Ausblick	25

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

Das Kantonsspital Baselland wurde am 1.1.2012 durch den Zusammenschluss der Kantonsspitäler Bruderholz, Laufen und Liestal gegründet. Als **Zentrumsspital** erfüllt es einen **erweiterten Grundversorgungsauftrag** mit **Schwerpunktbildungen** für den ganzen Kanton Basel-Landschaft.

Dieser Bericht beschreibt den Standort Liestal.

Der Standort Liestal ist beteiligt am **Lehrauftrag** der **Universität** Basel durch Ordinariate in den Fachgebieten Innere Medizin und Urologie sowie mehrere Extraordinarien und das Kantonale Institut für Pathologie.

In **399 Pflegebetten**, davon 321 Akutbetten, werden jährlich über 15'000 Patientinnen und Patienten stationär versorgt. Dazu kommen über 82'000 ambulante Behandlungen durch die Fachärztinnen und Fachärzte der Kliniken.

Rund **1 800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** sind mit ganz unterschiedlichen Aufgaben und verschiedenen Arbeitspensen **rund um die Uhr** für das Wohl der Patientinnen und Patienten tätig. Hierbei ist höchste Qualität der Leistungserbringung das Ziel, welches in allen Abteilungen laufend umgesetzt und geprüft wird.

Das Leistungsangebot umfasst

Medizinische Universitätsklinik: Angiologie, Diabetologie, Gastroenterologie, Infektiologie, Kardiologie mit Herzkatheterlabor, Nephrologie mit Dialysestation, Neurologie, Onkologie mit Hämatologie und Immuntherapie, Pneumologie, Geriatrie.

Chirurgische Klinik: Viszeral-, Gefäss- und Thoraxchirurgie

Orthopädische Klinik: Fuss-, Sprunggelenk-, Knie-, Hüft-, Schulter- und Handchirurgie

Urologische Universitätsklinik beider Basel: Steinzentrum, Chirurgie und konservative Behandlung bei Blasen- und Nierenleiden, bei Krankheiten männlicher Geschlechtsorgane, bei Harnwegserkrankungen, bei Inkontinenz

Frauenklinik: Geburtshilfe und Gynäkologie, Brustchirurgie

Hals-Nasen-Ohren-Klinik: Hals- und Gesichtschirurgie, Schlafmedizin

Augenklinik mit Chirurgie sämtlicher Augenabschnitte einschliesslich Hornhaut

Anästhesie

Intensivmedizin

Intermediate-Care-Station

Tagesklinik

Radiologie & Nuklearmedizin

Kantonales Institut für Pathologie

Notfallstation mit 24h-Betrieb

Hausärztliche Notfallpraxis

Rettungsdienst

Ambulatorien: alle Disziplinen

Therapiezentrum: Physiotherapie mit Medizinischer Trainingstherapie, Logopädie, Ergotherapie und Aktivierungstherapie

Beratungen: zu Ernährung, Übergewicht, Diabetes, HIV, Stoma, Familien, Schwangerschaft, Geburtsvorbereitung, Stillen

Sozialdienst

Seelsorge

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die Qualitätsziele sind im Leitbild und im Strategiekompas festgelegt und werden in allen Abteilungen durch Zielvereinbarungen auf allen Ebenen laufend umgesetzt und überprüft

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

Abschluss des Projekts SwissDRG
Planungsphase des Auftragsmanagements
Fortlaufende Erweiterung der elektronischen Patientendokumentation
Erweiterung der Qualitätsmessungen nach den Vorgaben ANQ
Etablierung des Casemanagements in der Orthopädie

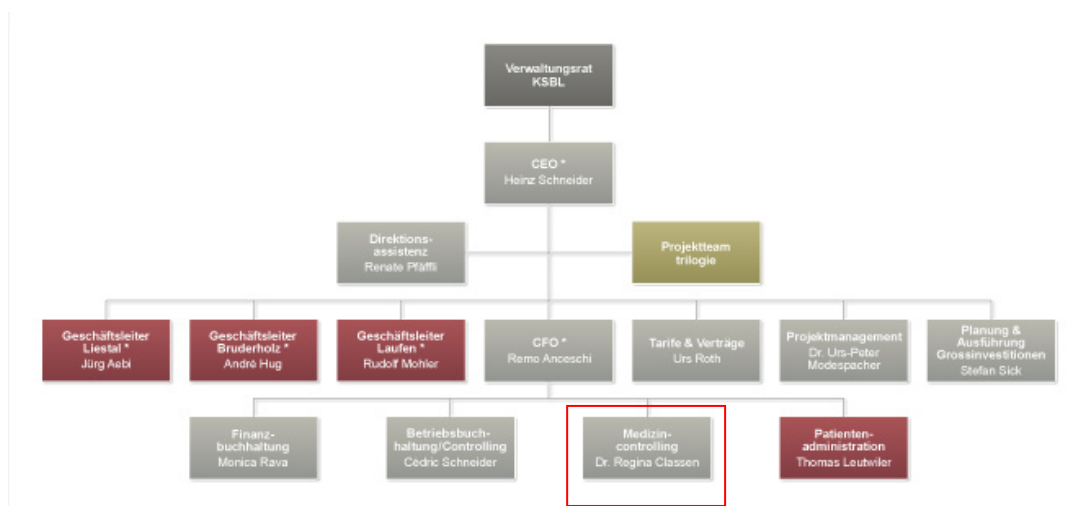
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Projekt SwissDRG nach Plan
Auftragsmanagement nach Plan
Casemanagement nach Plan
Qualitätsmessungen ANQ nach Plan
Elektronische Patientendokumentation nach Plan

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Etablierung eines standortübergreifenden Qualitätsmanagements im Kantonsspital Baselland

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



☐	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
x	Andere Organisationsform: Abteilung Medizincontrolling und Qualität
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	100 Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Heinz Schneider	061 553 7001	Heinz.schneider@ksbl.ch	CEO Kantonsspital Baselland
Jürg Aebi	061 925 3101	Juerg.aebi@ksli.ch	Geschäftsleiter Standort Liestal
Dr. med. Regina Classen	061 553 7040	Regina.classen@ksbl.ch	Leitung Medizincontrolling und Qualität Kantonsspital Baselland

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Kantonsspital Baselland Liestal → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spital
x Wir sind ein Spital mit folgenden Standorten:
Liestal, Bruderholz, Laufen

C1 Angebotsübersicht des Standortes Liestal

Angebotene medizinische Fachgebiete	Am Standort Liestal	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	x	
Allgemeine Chirurgie	x	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	x	

Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)		Zusammenarbeit mit Konsiliararzt
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	x	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)	X Teilgebiet Mammakarzinom	
Handchirurgie	x	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)		Unispital Basel
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	x	
☐ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	x	
☐ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	x	
☐ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	x	
☐ Geriatrie (Altersheilkunde)	x	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	Am Standort Liestal	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☐ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	x	
☐ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	x	
☐ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	x	
☐ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)	x	
☐ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	x	
☐ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	x	
☐ Physikalische Medizin (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	x	
☐ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	x	
Intensivmedizin	x	
Kiefer- und Gesichtschirurgie		Unispital Basel
Kinderchirurgie		Unispital Basel
Langzeitpflege	x	
Neurochirurgie		Unispital Basel

Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	x	
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	x	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	x	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	x	
Pädiatrie (Kinderheilkunde)		Universitätskinderspital beider Basel
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)	x	
Pathologie	x	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	x	Zusammenarbeit mit Unispital Basel
Psychiatrie und Psychotherapie		Kantonale Psychiatrie Baselland
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	x	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	x	

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	Am Standort Liestal	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	x	
Ergotherapie	x	
Ernährungsberatung	x	
Logopädie	x	
Physiotherapie	x	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011 Standort Liestal

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	43'060	39'271	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	10	10	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	15'400	14'950	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	620	554	
Geleistete Pflegetage	122'633	125'792	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	389	389	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen (akut)	7.3	7.5	
Durchschnittliche Bettenbelegung (akut)	90.7	91.8	

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2011	33	35	
Geleistete Pflgetage	13'305	15'279	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	50	50	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	84.2	83.5	
Durchschnittliche Auslastung	72.9	83.7	

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Standort Liestal	Durchschnittliche Patienteneinschätzung: Erhaltene Wertung grösser als 9 in allen Fragen	Antwortmöglichkeiten für Patienten von 0 (sehr unzufrieden) bis 10 (ausgezeichnet)

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon ☐ Picker ☐ PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18) ☐ PZ Benchmark	x Anderes externes Messinstrument Name des Instrumentes: ANQ-Erhebung November 2011 Name des Messinstitutes: hcri AG			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Austritt November 2011
	Ausschlusskriterien	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		436

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
x	Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.
	Bezeichnung der Stelle
	Name der Ansprechperson
	Funktion
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)
	Bemerkungen

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
x	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.

1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

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

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
x	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes
	Name des Messinstitutes
☐	eigenes, internes Instrument
	Beschreibung des Instrumentes

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv	
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien
	Ausschlusskriterien

Anzahl vollständige und valide Fragebogen	1'395			
Rücklauf in Prozenten	62.5	Erinnerungsschreiben?	Nein	x Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Dialog mit Personalverbänden	Konsensfindung bei übergeordneten Themen	Direktion	2012
Mitarbeitergespräche	Konkrete Problemlösung	alle	2012

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

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

D2 ANQ-Indikatoren

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

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

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

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

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

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		Begründung:
x	Ja, unser Betrieb misst am Standort Liestal die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
x	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		

Messergebnisse

Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ¹

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

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

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

x	Ja, unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
x	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde am Standort Liestal eine Auswertungen gemacht		

Messergebnisse

Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ²

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

¹ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

² Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

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

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

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

In welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
☐	Standort Liestal	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	x ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Viszeralchirurgie, Orthopädie

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
x ☒ Blinddarm-Entfernung	141	3	2.1% ()	% ()
☐ Hernieoperation			% ()	% ()
☐ Dickdarm (Colon)	142	11	7.8% ()	% ()
☐ Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
☐ Herzchirurgie			% ()	% ()
x ☒ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	32	1	3.1% ()	% ()
☐ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

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

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

³ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

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

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten⁴, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

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

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

In welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
Am Standort Liestal:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: In allen Akutabteilungen inkl. Geburtsabteilung

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
15	In Prozent:	8.2 der untersuchten Patienten	11 Stürze (73%) waren ohne Behandlungsfolgen
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten inkl. Wöchnerinnen, welche die schriftliche Einverständniserklärung unterschrieben hatten und zum Zeitpunkt der Messung im Zimmer anwesend waren	
	Ausschlusskriterien	komatöse und terminale Patienten	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		182	Anteil in Prozent 65.2
Bemerkung		Die untersuchte Patientengruppe wies mehr Risikofaktoren und einen höheren Pflegebedarf auf als diejenigen in den Vergleichsspitälern (416.4% verglichen mit 341.6% im schweizerischen Vergleich).	

⁴ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Monodisziplinäre, ggf. interdisziplinäre Fallbesprechungen	Bei Ereignissen mit schweren Behandlungsfolgen: Eruiieren der zum Ereignis führenden Ursachen / Mechanismen und ableiten von entsprechenden präventiven Massnahmen	Pflegedienst	laufend
Laufendes Monitoring der Ereignismeldungen	Zeitnahe Reaktion auf gehäufte Sturzmeldungen und entsprechend zeitnahe Interventionen	Pflegedienst	laufend

Dekubitus (Wundliegen)

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

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

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

In welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
Am Standort Liestal:		
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	In allen Akutabteilungen inkl. Geburtsabteilung
x	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt / Rückverlegung			Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
6	In Prozent	3.3	18	In Prozent:	9.8	15 Patienten mit Dekubitus Grad 1 3 Patienten mit Dekubitus Grad 2-3
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.						

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		Alle Patienten inkl. Wöchnerinnen, welche die schriftliche Einverständniserklärung unterschrieben hatten und zum Zeitpunkt der Messung im Zimmer anwesend waren	
	Ausschlusskriterien		komatöse und terminale Patienten	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		182	Anteil in Prozent	65.2
Bemerkung		Die untersuchte Patientengruppe wies mehr Risikofaktoren und einen höheren Pflegebedarf auf als diejenigen in den Vergleichsspitälern (416.4% verglichen mit 341.6% im schweizerischen Vergleich).		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Anpassung an des Dekubituskonzeptes	Anpassung an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse in Prävention und Therapie	Pflegedienst	bis 31.12.2012
Monodisziplinäre, ggf. interdisziplinäre Fallbesprechungen	Bei intern entstandenen Dekubitus Grad 4: Eruiieren der zum Ereignis führenden Ursachen / Mechanismen und ableiten von entsprechenden präventiven Massnahmen	Pflegedienst	laufend
Anpassung des Lagerungskonzeptes	Verbesserte Prävention in einzelnen Kliniken	Pflegedienst	bis 31.12.2012

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

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

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

In welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Am Standort Liestal	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.16	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die	9.04	0 = sehr schlecht

Sie erhalten haben?		10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.13	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.23	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.45	0 = nie 10 = immer
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Bemerkungen

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

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

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

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	alle Sturzereignisse im Jahr 2011

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

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
475 Dies entspricht einer Rate von 3.9/1000 Pflegetage	44 Dies entspricht einer Rate von 0.36/1000 Pflegetage	431 Dies entspricht einer Rate von 3.5/1000 Pflegetage	Als Behandlungsfolgen gelten auch ärztlich verordnete Abklärungen wie Röntgen

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011

☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Sturzprotokoll
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle stationären Patienten, Längsschnitterfassung seit 2009	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent
Bemerkung		Sturzdefinition: Ein Sturz ist jedes unkontrollierte und unbeabsichtigte Herunterfallen (-gleiten) eines Patienten aus dem Liegen, Sitzen oder Stehen auf eine tiefere Ebene.	

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Monodisziplinäre, ggf. interdisziplinäre Fallbesprechung von Ereignissen mit schweren Behandlungsfolgen	Eruieren der zum Ereignis führenden Ursachen/Mechanismen und ableiten von entsprechenden präventiven Massnahmen	Pflegedienst	laufend
Laufendes Monitoring der Ereignismeldungen	Zeitnahe Reaktion auf gehäufte Sturzmeldungen und entsprechend zeitnahe Interventionen	Pflegedienst	laufend

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

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Anzahl von Dekubituswunden inkl. Grad im Jahr 2011

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?

☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	in allen stationären Abteilungen inkl. Langzeitabteilung

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung				Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt				Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
total	Grad 2	Grad 3	Grad 4	total	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Aufgrund der unsicheren Diagnostizierung von Dekubitus Grad 1 verzichtet der Betrieb auf die Publikation dieser Resultate
53	31	10	12	31	23	4	4	

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011

☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Dekubitusprotokoll
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle stationären Patienten, Längsschnitterfassung seit 2005	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent
Bemerkung		Definition und Gradeinteilung nach EPUAP Dekubitusrisikoeinschätzung anhand Waterlow-Skala	

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Anpassung an des Dekubituskonzeptes	Anpassung an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse in Prävention und Therapie	Pflegedienst	bis 31.12.2012
Monodisziplinäre, ggf. interdisziplinäre Fallbesprechung bei intern entstandenen Dekubitus Grad 4	Eruieren der zum Ereignis führenden Ursachen/Mechanismen und ableiten von entsprechenden präventiven Massnahmen	Pflegedienst	laufend
Anpassung des Lagerungskonzeptes	Verbesserte Prävention in einzelnen Kliniken	Pflegedienst	bis 31.12.2012

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		

AQC Daten für Qualitätssicherung	A: Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.agc.ch		
ASF (Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A	Frauenklinik
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A: SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	A	Intensivstation
Extended Dataset SGAR	A: Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	A	Anästhesie, Intensivmedizin
Schweizer Dialyseregister	A: Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	A	Dialyseabteilung
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A: Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch		
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A: Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	A	Orthopädie
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrgap.ch	A	Nephrologie
SWISSSpine	A: Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	A: Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	A	Gefässchirurgie und Radiologie
Überregionale Krebs-register	A: Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie www.SGMO.ch	A	Onkologie
Bemerkung			

E Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
RQS	Spitalapotheke	2006	2009	Nächste turnusmässige Rezertifizierung Februar 2012

⁵ Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

ISO9001	Spitalapotheke	2006	2009	Nächste turnusmässige Rezertifizierung Februar 2012
ISO17025/15189	Pathologie	Derzeit in Arbeit		Abschluss geplant 2013
ISO/IEC 17025	Zentrallabor	2001	2010	
ISO 15189	Zentrallabor	2010	2010	

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Komplikationenbesprechung	Verhindern von Komplikationen	Gastroenterologie-Med. Diagnostik	Laufend
Popofol-Sedation	Sicherheit	Gastroenterologie-Med. Diagnostik	Laufend
Patientenzufriedenheit	Verbesserung der Standards	Gastroenterologie-Med. Diagnostik	2012
Komplikationen an Dialyse	Massnahmen zur Reduktion	Dialyse / Nephrologie	Kontin. Seit 2005
Monitor Studie	Erfassen von Langzeitverläufen	Dialyse	Kontin. Seit 2008
SRRQAP (Dialyse-Register)	Bench marking	Dialyse	Kontin. Seit 2004
STCT (Transpl. Register)	Langzeitverläufe	Nieren-Transplantierte	Kontin. Seit 2009
Patientenbefragung	Quali Kontrolle	Ambulatorium Onkologie Hämatologie	Durchgeführt und abgeschlossen 1.Hälfte 2011
Teilnahme an Studien des CCRC, Clinical Cancer Research Center, Regio Basel	Ermöglicht Patienten an Studien teilzunehmen und damit möglichst rasch von neuen Therapien zu profitieren	Onkologie Hämatologie	Seit Jahren bis auf weiteres.
Organisation der wöchentlich stattfindenden Tumorkonferenz	Basisinstrument eines Tumorzentrums	Onkologie Hämatologie und sämtliche Kliniken und Institute, spez. Pathologie, Radiologie, Chirurgie, Gynäkologie, HNO, Urologie	Seit Jahren bis auf weiteres.
Organisation der Lymphomkonferenz der Regio Basel	Spezialisierte Tumorkonferenz für Patienten mit malignen Lymphomen	Organisation für sämtliche in der Regio tätigen Onkologen und Hämatologen in Zusammenarbeit mit den Instituten für Pathologie der Regio. Wird von der Onkologie Liestal organisiert und in Basel am Institut für Pathologie USB abgehalten	Seit Jahren bis auf weiteres
Infektiöse Arthritis	Beeinflusst die korrekte Therapie nach Guidelines die Prognose der infektiösen	Med. Universitätsklinik (Masterarbeit)	2011-12, abgeschlossen als Vortrag für SGIM Jahresversammlung

	Arthritis		2012 als Vortrag angenommen
Multizentrische STEP-Studie: Corticosteroid treatment for community-acquired pneumonia	Können systemische Steroide die Prognose der Pneumonie verbessern?	Med. Universitätsklinik (Planung und Koordination Unispital Basel)	Seit 2010 bis voraussichtlich 2013
ProHOSP-Studie (Nafo-Projekt mit W. Zimmerli als Hauptantragssteller)	Evaluation eines neuen Pneumonie-Schweregradscores (CURB65 plus Proadrenomedullin)	Med. Universitätsklinik	Studie 2007-09 (1359 Patienten in 6 Zentren. Seit 2010 verschiedene Zusatzprojekte mit Seren der Patienten. Publiziert in Eur Respir J 27:1439-46, 2011).
Infektionen von Gelenkprothesen (Kohortenstudie von Patienten des KS Liestal)	Gibt es Unterschiede in der Gelenkfunktion zwischen Patienten mit einzeitigem vs 2-zeitigem Hüft-TP-Wechsel?	Med. Universitätsklinik	Langzeitkohorte, Studienresultate analysiert von 2009-2011. Publiziert in Acta Orthop 82:27-34, 2011.
Infektionen von Gelenkprothesen (Multizentrische Kohortenstudie von Patienten mit Infektionen durch Gr. B. Streptokokken)	Wie ist das Therapieresultat von Patienten mit Gr.B Streptokokken TP-Infektionen? Evaluation des KSL-Algorithmus.	Med. Universitätsklinik	Planung, Koordination und Analyse von 2008-2011. Publiziert in J Hosp Infect 79:64-9, 2011.
Infektionen von Gelenkprothesen (Kohortenstudie von Patienten des KS Liestal) (Dissertation Banderet)	Vergleich der klinischen Präsentation von hämatogenen versus exogenen TP-Infektionen	Med. Universitätsklinik	Analyse 2009-2011 Publiziert in Clin Microbiol Infect 17:1098-100, 2011.
Infektionen von Gelenkprothesen (Kohortenstudie von Patienten des KS Liestal)	Literaturstudium und Studium der eigenen Kohortendaten im Bezug auf kontroverse Strategien bei Patienten mit Knieprothesen	Med. Universitätsklinik	2011, abgeschlossen und publiziert in Inf J Artif Organs 34: 947-56; 2011
Critical Incidence Reporting System (CIRS)	Umgesetzt im ganzen medizinischen und pflegerischen Bereich	Med. Universitätsklinik (ärztlicher Dienst und Pflegedienst)	Laufend
Periodische Besprechung von Komplikationen im Rahmen der "Freitagskonferenz"	Fallvorstellungen und Diskussionen anhand der Literatur	Med. Universitätsklinik (ärztlicher Dienst)	Laufend
ASF-Statistik	Vergleichbarkeit der eigenen Performance innerhalb des gesamten Kollektivs der Schweizer Frauenkliniken	Frauenklinik	Umgesetzt seit mehr als 2005
Alle MA Ausbildung FA Gynäkologie/Geburtshilfe	Netzwerkausbildung mit der Uniklinik Basel	Frauenklinik	kontinuierlich
Teaminterne Fach-Fortbildung	Harmonisierung des Wissenstandes im Team	Frauenklinik	Laufend wöchentlich 1h
Prä- und perioperatives Management bei gynäkologischen Patientinnen Richtlinienarbeit, Prozessdarstellung, Aufschaltung auf Intranet	Update der internen Richtlinien gemäss State of the Art	Gynäkologie	2011
Behandlung und Betreuung geburtshilflicher Patientinnen Ausbau und Aktualisierung der bestehenden Richtlinien,	Update der internen Richtlinien gemäss State of the Art	Geburtshilfe	2011

Prozessdarstellung, Aufschaltung auf Intranet			
Debriefings und Fallbesprechungen interprofessionell Ärzte und Hebammen	Analyse eigener Fälle und gegebenenfalls Anpassung Der Konzepte	Geburtshilfe	laufend
SwissVasc Gefässregister	Qualitätssicherung aller Gefässbehandlungen	Chirurgische Klinik	Laufend seit 2005
Adjumed Register	Qualitätssicherung viszeralkirurgischer Eingriffe	Chirurgische Klinik	Laufend seit 2005
SMOB Register	Qualitätssicherung bariatrische Chirurgie	Chirurgische Klinik	Laufend
CRC Studie	Qualitätssicherung colorektale Chirurgie	Chirurgische Klinik	Laufend seit 2005
Prospektive Datenerfassung zur Leber- und Pankreaschirurgie	Qualitätssicherung Leber- und Pankreaschirurgie	Chirurgische Klinik	Laufend
Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz	Qualitätssicherung aller Behandlungen	Chirurgische Klinik	Laufend wöchentlich
Research-Meeting	Sicherung des wissenschaftlichen Standards	Chirurgische Klinik	Laufend sechswöchentlich
Ausbau des „Case Managements“ Intensive Betreuung von Patientengruppen mit ähnlicher operativer Behandlung	Optimierung der Vorbereitung auf den operativen Eingriff. Optimierung der postoperativen Nachsorgen und beruflicher Wiedereingliederung	Orthopädie	Ausbau weiterer „Case ManagerInnen-Stellen“ im Jahr 2012
Überprüfung klinikbezogener Prozessabläufe	Optimierung von Prozessen	Orthopädie	Laufend
Einführung eines Patientenaufnahmezimmers, Eintritt am Operationstag	Reduzierung der Aufenthaltstage stationärer Patienten	Orthopädie	20.02.2012
Einführung eines administrativen Klinikleiters	Unterstütz den Chefarzt in der Erreichung der qualitativen und wirtschaftlichen Klinikziele	Orthopädie	Seit Oktober 2011
Reorganisation Sprechstundenambulatorium	Erweiterung um 4 Sprechstundenzimmer, Umzug Gipszimmer mit 2 Arbeitsplätzen	Orthopädie	3. Quartal 2011
Projekt interdisziplinäre Bettenstation	Neuschaffung einer interdisziplinären Bettenstation Bewegungsapparat mit Integration der interdisziplinären Einheit Orthopädie - Infektiologie	Orthopädie	
Zeitmanagement AA/OA	Einführung des Zeitmanagements für Assistenz- und Oberärzte (50 Std./Woche)	Orthopädie	2011
Konzept Wirbelsäulen-Konsiliarsprechstunde	Konzept Wirbelsäulen-Konsiliarsprechstunde KS Liestal durch	Orthopädie	3. Quartal 2011

	Universitätsspital Basel (USB)		
Tägliche Biopsiebesprechung (Makroskopie und Mikroskopie)	Qualitätssicherung und Vereinheitlichung der Diagnostik. 4-Augen-Prinzip in der Diagnose maligner Läsionen	Pathologie	laufend
Klinisch-pathologische Konferenzen (Tumor-Fallbesprechung, Autopsiebesprechung, andere)	Qualitätssicherung und Optimierung der individuellen Patientenbetreuung	Pathologie	laufend
Externe Ringversuche, konventionelle Histologie und Immunhistochemie (UK Neqas, SHT)	Externer Qualitätsstandard für histochemische und immunhistologische Färbungen	Pathologie	laufend
Externe Ringversuche Molekularpathologie (QuiP)	Externer Qualitätsstandard für molekularpathologische Untersuchungen	Pathologie	laufend
Komplikationsliste	Alle Komplikationen der HNO-Klinik werden dort erfasst	HNO	Laufend seit 2004
Qualitätskontrolle nach Operationen wegen Schnarchen und Schlafapnoe	Alle wegen Schnarchen und Schlafapnoe operierten Patienten werden systematisch mit Fragebogen nachkontrolliert	HNO	Laufend seit 2005
Systematische Erfassung von Komplikationen und Nebenwirkungen nach Eingriffen wegen Schnarchen und Schlafapnoe	Vortrag an der Frühjahrsversammlung der Schweiz. ORL-Gesellschaft 2010 Publikation zur Zeit in Vorbereitung	HNO	Laufend seit 2009
Qualitätskontrolle bei pharyngealen pH-Metrien	Systematische Erfassung sämtlicher pharyngealer pH-Metrien	HNO	Laufend seit Dez 2010
Registrierung und Evaluation aller Nachblutungen nach Tonsillektomie	Senkung der Nachblutungsrate	HNO	Laufend seit 2011
Mehrmals tägliche Fallbesprechungen mit den Kliniken	Abgestimmte Therapieplanung	Radiologie	laufend
Interne Untersuchungsstandards	Überprüfbare Qualität	Radiologie	laufend
Strahlenschutzgesetze, Richtlinien des BAG	Wöchentliche Kontrolle aller relevanten Parameter	Nuklearmedizin	laufend
COPD-Audit Zusammenarbeit mit Europ. Respiratory Society	Behandlungs-Standards bei Exacerbationen von COPD-Patienten	Medizinische Klinik und Pneumologie	1.1.-28.2.2011, Präsentation Eur. Resp. Society Amsterdam 24.-28.9.2011
Raucherentwöhnung	Ambulantes Angebot für Patienten und Mitarbeiter	Pneumologie	kontinuierlich
Ambulante pulmonale Rehabilitation (Respirare)	Programm-Kontrolle	Pneumologie	kontinuierlich
Überwachung Langzeit O2-Therapien	½, 1 und 2 Jahres-Kontrolle	Pneumologie	kontinuierlich
Seltene Lungenerkrankungen (Orphan diseases)	1 und 2 Jahres-Überwachung	Pneumologie	kontinuierlich

Nächtliche Überdrucktherapie (AutoPAP)	Initiale Erfolgskontrolle nach 6-8 Wochen	Pneumologie	kontinuierlich
Nächtliche Überdrucktherapie (AutoPAP)	Langzeit-Compliance	Pneumologie	kontinuierlich
Tiospir-Trial (BI-NR. 205.452)	Randomisierte Multicenterstudie zum Vergleich der Effizienz und Sicherheit von Tiotropium	Pneumologie	Beginn 1.10.2010-bis 31.04.2014 (follow up für 3 Jahre ab Start)
STEP Studie	Randomisierte Multizenterstudie zum Einsatz von Steroiden bei Pneumonie	Notfallstation / med. Universitätsklinik	2010 bis 2013
BANC IV Studie	Randomisierte Multizenterstudie zur Optimierung der Ressourcenzuteilung bei Patienten mit unspezifischen Symptomen, Einsatz neuer Biomarker (pro ADM)	Notfallstation	2011 bis 2013
Synkope Studie	Multizenter-Beobachtungsstudie bei Patienten mit Synkope, systematische Patientenevaluation	Notfallstation	2011 bis 2013
Nachgeschaltete Kontrolle der radiologischen Befunde	Verbesserung der Patientenbetreuung, Sicherstellung Informationsfluss	Notfallstation, hausärztliche Notfallpraxis	laufend
Teilnahme Web CIRS und abteilungsinternes CIRS, regelmäßige gemeinsame Evaluation mit Pflegedienst	Aufdecken von Systemfehlern, Optimierung der Patientenbetreuung	Notfallstation	laufend
Wöchentliche Kurzfortbildung	Vermitteln von praxisrelevantem Wissen	Notfallstation	laufend
<i>Sicherheitsmanagement basierend auf der EKAS-Richtlinie 6508 (UVG Art. 82). Wir sind der Sicherheitskonferenz der Spitäler und Heime beider Basel (SIKON) angegliedert. Mit der internen Sicherheitskoordinationsstelle SIKOS wird die Sicherheitskultur umgesetzt. Die Auditierung wird durch das Kantonale Sicherheitsinspektorat periodisch durchgeführt.</i>	Förderung der Sicherheit am Arbeitsplatz Durch präventive Massnahmen soll die Zahl der Unfälle und Berufserkrankungen gesenkt und der Gesundheitsschutz nachhaltig verbessert werden.	Gesamter Betrieb	laufend

Mit dem jetzt erfolgten Zusammenschluss und der Verselbständigung des Kantonsspitals Baselland werden wir in den drei Standorten Liestal, Bruderholz und Laufen unsere Qualitätsarbeit intensivieren und koordinieren. Unser nächster Qualitätsbericht wird über alle drei Standorte berichten.

Die Sicherung unserer Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität ist in der Spitalleitung verankert und findet auf allen Ebenen und in allen Abteilungen statt. Dazu gehört die universitäre Forschung und Lehre und ständige Weiterentwicklung unseres Wissens und unserer Fähigkeiten.

Wir sehen unsere Patientinnen und Patienten in ihrer Einzigartigkeit und tragen mit ausgezeichneter Diagnostik, Therapie und Pflege zu ihrer Gesundheit bei. In unserer Behandlung richten wir uns nach anerkannten professionellen Standards und entscheiden mit unseren Patienten gemeinsam.

Das therapeutische Team wird je nach individueller Erfordernis aus Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Pflegenden, Physiotherapeuten, Logopäden, Sozialdienstmitarbeitern und anderen zusammengesetzt.

Unser Spital ist an allen Standorten rund um die Uhr einsatzbereit, im Notfall, im Operationstrakt, in den Kliniken und hinter den Kulissen. Kurze Wege und beste interdisziplinäre Zusammenarbeit sichern den Behandlungserfolg.

Als grosser Arbeitgeber in der Region tragen wir unsere Verantwortung gegenüber Gesellschaft und Umwelt.