

# Qualitätsbericht 2009

AKUTSOMATIK  
Berichtsperiode: 2009



 **INSELSPITAL**  
*UNIVERSITÄTSSPITAL BERN  
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE  
BERN UNIVERSITY HOSPITAL*

InselSpital, Universitätsspital Bern  
Freiburgstrasse  
3010 Bern

## 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 .....	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements .....	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	6
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung .....	7
C1	Kennzahlen Akutsomatik .....	7
C2	Kennzahlen Psychiatrie .....	7
C3	Kennzahlen Rehabilitation .....	7
C4	Kennzahlen Langzeitpflege .....	8
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	9
D1	Zufriedenheitsmessungen .....	9
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit .....	9
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit .....	10
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit .....	11
D1-4	Zuweiserzufriedenheit .....	12
D2	ANQ-Indikatoren .....	13
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte .....	13
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen .....	13
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO .....	14
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen .....	14
D3	Weitere Qualitätsindikatoren .....	14
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	16
D5	KIQ-Pilotprojekte .....	17
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie .....	17
D5-2	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation .....	17
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring) .....	18
E1	Pflegeindikatoren .....	18
E1-1	Stürze .....	18
E1-2	Dekubitus (Wundliegen) .....	19
E2	Weitere Qualitätsindikatoren .....	20
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege .....	20
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings .....	20
F	Verbesserungsaktivitäten .....	21
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard .....	21
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten .....	22
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte .....	22
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte .....	24
G	Schlusswort und Ausblick .....	26
H	Impressum .....	27
I	Anhänge .....	29



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

Das oberste Ziel des Inselspitals ist die menschliche und fachlich hervorragende medizinische und pflegerische Betreuung der Patienten. Dies setzt ein hohes Mass an Innovationsbereitschaft und Mitbestimmungswillen aller Mitarbeitenden voraus.

Fähigkeiten wie Ideenreichtum, Erfindergeist, Originalität, Kreativität, Engagement und Beharrlichkeit sind ganz besonders gefragt – auf ihnen basieren die Leistungen des Spitals in der Bildung, Forschung und weiteren zentralen Aufgaben, die es als Universitäts- und Zentrumsspital wahrnimmt.

Das Inselspital Bern beschäftigte im Jahr 2009 gemäss Jahresbericht 2009 insgesamt 7255 Personen auf 5661 Vollzeitstellen. Im gleichen Jahr wurden in den Einrichtungen 38'437 Patientinnen und Patienten stationär und 273'937 ambulante Erstbesuche (ohne Folgebesuche) behandelt. Die 38 Kliniken und Institute sind in neun Departementen zusammengefasst.

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

Die Spitalleitung besteht aus folgenden sieben Mitgliedern:

- Dr. oec. publ. Urs Birchler, Direktionspräsident
- Prof. Dr. med. Andreas Tobler, Ärztlicher Direktor und Stv. des Direktionspräsidenten
- Slavka Radnic Direktorin Pflege / MTT a. i. (bis 30.09.2009)
- Ulrich von Allmen, Direktor Pflege / MTT (ab 01.10.2009)
- Bernhard Leu, Direktor Betrieb
- Gerold Bollinger, Direktor Dienste
- Ursula Schaufelberger, Direktorin Personal
- Prof. Dr. med. Matthias Gugger, Direktor Lehre + Forschung

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



## B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung sind wichtige Erfolgsfaktoren für das Inselspital als medizinisches Zentrum und als Ausbildungsstätte im Gesundheitswesen. Dabei gilt es, die wesentlichen Schlüsselemente zu erfassen, welche für das Inselspital relevant sind. Stärken sollen ausgebaut und Verbesserungspotenziale erkannt und genutzt werden. Die daraus hergeleiteten Aktivitäten der Qualitätsentwicklung sind zu koordinieren, zu dokumentieren und in einen Gesamtrahmen zu stellen, um eine Erfolgskontrolle und die Kommunikation gegen innen und aussen zu ermöglichen.

Das Bekenntnis zur Qualitätsentwicklung ist in der Unternehmensstrategie verankert. Insbesondere sei hier auf die Perspektiven „Anspruchsgruppen“ und „Prozesse“ hingewiesen: Das Wohl der Patienten steht im Zentrum. Ziel ist es, durch Prozessoptimierung die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten zu steigern. Dies soll unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit und Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit erreicht werden und auch die Zufriedenheit von zuweisenden und nachbetreuenden Partnern im Gesundheitswesen berücksichtigen. Der Qualitätsanspruch der Mitarbeitenden sämtlicher Bereiche des Inselspitals ist sehr hoch. Dieses Potential gilt es im Sinne einer möglichst hohen betrieblichen Gesamtqualität zu nutzen.

Die Qualitätskommission ist durch die Spitalleitung (SL) eingesetzt und direkt dem Ärztlichen Direktor unterstellt. Sie unterstützt die Umsetzung der Unternehmensstrategie und berät die SL in Qualitätsbelangen und in der strategischen Ausrichtung des Qualitätsmanagements. Die Umsetzung der Q-Strategie in den einzelnen Einheiten wird durch die Fachstelle für Qualitätsmanagement wirkungsvoll unterstützt.

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

## B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

### Erarbeitung von Q- Indikatoren (generiert aus Routinedaten)

- Die Qualitätskommission und die Fachstelle Qualitätsmanagement (FQM) haben sich mehrfach mit dem Thema von Q- Indikatoren, hergeleitet aus Routinedaten, auseinandergesetzt. Erste Diskussionen mit betroffenen oder interessierten Kliniken wurden durch die FQM initiiert.

### Patientensicherheit und Risikomanagement

- EBKE (Erfassung und Bearbeitung kritischer Ereignisse – CIRS): Das System wird durch die Fachstelle Qualitätsmanagement des Inselspitals (FQM) bewirtschaftet und weiterentwickelt. Aktuell nehmen 26 von 38 Kliniken/Institute und eine Klinikübergreifende Einheit teil, in vier Kliniken/Instituten ist das System in Planung.
- Medizinprodukte-, Hämo- und Pharmakovigilanz: Die Dokumentationen und die Systeme werden durch die zuständigen Stellen am Inselspital à jour gehalten.

### Qualitätsentwicklung (QE)

- Für zehn QE-Projekte wurde eine Anschubfinanzierung gesprochen.
- Für weitere sechs (von insgesamt zehn laufenden) QE-Projekte wurden Mittel im Rahmen des Budgets der betreffenden Einheit freigegeben.

### Prozess- und Ergebnisqualität

- In ausgewählten Kliniken wurden die postoperativen Wundinfektionen mit dem System von Swiss-NOSO (gemäss Vorgaben von QABE - Qualitätsförderung auf der Basis von Datenvergleichen im Kanton Bern / ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) erfasst. Die Auswertung erfolgt im Sommer 2010.
- Patientenzufriedenheitsmessungen wurden in ausgewählten Kliniken des stationären Bereiches mit PEQ (Patients' Experience Questionnaire) durchgeführt. Auswertungen werden auf Sommer 2010 erwartet.
- Mehrere Kliniken nehmen an fachspezifischen Registry- oder Benchmarking-Projekten teil. Beispiele: Kardiologie: akutes Koronarsyndrom (AMISPlus); Rheumatologie: SCQM; Nephrologie: Schweizerisches Dialyse-Register; Intensivmedizin Erwachsene: Intensium – Finnland, MDSi – Minimaler Datensatz der SGI; Notfallzentrum Erwachsene: TARN – Trauma audit and research network; usw.

### **Allgemeine Massnahmen der Qualitätssicherung und –Entwicklung (Zertifizierung, Akkreditierung, Selbstevaluation nach EFQM, usw.)**

- Für die Erhebung der Pflegequalität wird die Methode Q Inselweit eingesetzt. Ende 2009 waren 81 Einheiten zertifiziert, davon sind 10 aus dem ambulanten Bereich, 10 aus dem OP-Bereich und 3 Spezialeinheiten (z.B. Stomaberatung), die übrigen Einheiten sind aus dem stationären Bereich.
- EFQM (European Foundation for Quality Management): In mehreren Kliniken respektive Organisationseinheiten laufen Projekte. Besonders zu erwähnen sind hier Direktion Betrieb, „Areal und Gebäude“ (EFQM Stufe „committed to excellence“) und „Gastronomie“ (EFQM Stufe „recognized for excellence“).
- Zusätzlich wurden in mehreren Kliniken und Instituten Zertifizierungen und Akkreditierungen nach ISO oder anderen Systemen durchgeführt, respektive abgeschlossen.

### **Informationen und Schulungen**

- Diese werden im Wesentlichen durch FQM organisiert und umgesetzt: Q-Talk, Q-Newsletter, Schulungen zum Thema Prozess- und Qualitäts-Management.

### **Leitbild Qualitätsmanagement Inselspital 2015**

- Die Entwicklung eines Leitbild, inklusive die entsprechende Q-Strategie wurde begonnen und soll 2010 der Spitalleitung zur Genehmigung vorgelegt werden.

## **B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009**

Siehe Kapitel D / E „Verfahren der externen / internen vergleichenden Qualitätssicherung“ und Kapitel F „Verbesserungsaktivitäten“, nachfolgend.

## **B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren**

### **Das Qualitätsmanagement (QM) des Inselspitals basiert auf den folgenden drei Grundprinzipien:**

- **Im Zentrum steht der Patienten-Nutzen.**  
Das QM fokussiert auf den Patientenprozess als Kernaufgabe des Spitals. Sicherstellen der Patientensicherheit und Optimierung von Behandlungs- und Ergebnisqualität stehen im Vordergrund.
- **Qualitätsmanagement ist Bestandteil des Führungsauftrages.**  
QM ist Führungsaufgabe. Die Spitalleitung legt die übergeordnete Strategie fest. Sie delegiert die direkte, unmittelbare Verantwortung für das QM aber soweit möglich und sinnvoll auf Stufe Klinik und Institut.
- **Qualitätsentwicklung ist integraler Teil der Unternehmensentwicklung.**  
Das QM unterstützt das Erreichen und Halten der Erfolgsposition. Qualitätsentwicklung (QE) ist deshalb Teil der Unternehmensentwicklung.

### **Das QM des Inselspitals unterstützt das Erreichen der folgenden drei Unternehmensziele:**

- **Wir sind ein führendes Universitätsspital mit nationaler und internationaler Ausstrahlung.**  
Durch gezielt geförderte Qualitätsentwicklung wird die Position des Inselspitals unterstützt. Wir arbeiten aktiv mit in nationalen Gremien des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen und erarbeiten – in Zusammenarbeit mit nationalen Organisationen – Standards und Empfehlungen zur Erhöhung der Patientensicherheit.
- **Wir bieten hochspezialisierte medizinische Leistungen an.**  
Wir bieten hochspezialisierte medizinische Leistungen mit ausgeprägter Interdisziplinarität an und unterstützen Innovation.
- **Wir stellen eine hohe Betreuungsqualität sicher.**  
Patientenpfade werden interdisziplinär entwickelt und umgesetzt, wichtigstes Ziel ist die Erhöhung des Patientennutzens. Patientenwünsche werden berücksichtigt und deren Erfüllungsgrad wird regelmässig überprüft. Ein Kennzahlensystem ermöglicht Dokumentation, Analyse und Kommunikation der Qualität unserer Behandlung.

## B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement (Qualitäts-Kommission) ist direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement (Fachstelle Qualitätsmanagement) ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	300 Stellenprozent	zur Verfügung.

## B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Prof. Dr. med Andreas TOBLER	031 632 82 32	andreas.tobler@insel.ch	Ärztlicher Direktor
PD Dr. med. Hans- Ulrich ROTHEN	031 632 91 84	hans-ulrich.rothen@insel.ch	Vorsitzender Qualitätskommission
Dr. phil. Daniel ZAHND	031 632 95 77	daniel.zahnd@insel.ch	Leiter Fachstelle Qualitätsmanagement
Yvonne SCHENK	031 632 90 51	yvonne.schenk@insel.ch	Mitarbeiterin Qualitätsmanagement
Helmut PAULA	031 632 0379	helmut.paula@insel.ch	Klinisches Risikomanagement
Veronika PICHA	031 632 13 08	veronika.picha@insel.ch	Fachspezialistin Qualitätsmanagement
Carola MERZ	031 632 03 79	carola.merz@insel.ch	Praktikantin

# C

## Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

### C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl <b>ambulante</b> Fälle	273'937	Ambulante Erstbesuche, keine Fälle, Folgebesuche sind nicht berücksichtigt
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	---	Angaben werden nicht erhoben
Anzahl <b>stationäre</b> Patienten	38'437	stationären Austritte
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	840	gemäss GEF, DRGs 620 und 629
Anzahl Pfl egetage gesamt	292'699	Stand Jahresabschluss (zusätzlich sind weitere 77 Fälle einzuberechnen, welche zum Stand Jahresabschluss noch nicht codiert gewesen sind)
Bettenanzahl per 31.12.	926	Durchschnittlich stationär betriebene Betten
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7.5 Tage	Stand Jahresabschluss (nur codierte Fälle, ohne Neurorehabilitation)
Durchschnittliche Auslastung der Betten	86.6%	Errechnerter Wert mit Daten (Pfl egetage und Betten) vom Jahresabschluss (zusätzlich sind die Pfl egetage von den weiteren 77 Fälle einzuberechnen, welche zum Stand Jahresabschluss noch nicht codiert gewesen sind)
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte		

### C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pfl egetage
stationär				
<b>Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht</b>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

### C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl <b>stationäre</b> Patienten		
Anzahl Pfl egetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte		

## C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl <b>Bewohner</b> gesamt per 31.12.		
Anzahl <b>Pflegetage</b> gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung		
<b>Spitalgruppen:</b> Nennung der Langzeitpflege-Standorte		



# D

## Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

### D1 Zufriedenheitsmessungen

#### D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution <b>nicht</b> gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	<b>Ambulatorien Medizin</b>	Letzte Messung:	2008
		Nächste Messung:	2010
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2009</b> wurde eine Messung durchgeführt. (PEQ)		

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 checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen: Stationärer Bereich

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb (2008)</b>	61% 88%	<b>Ambulanter Bereich (Picker)</b> <b>Stationärer Bereich (PEQ) (Summation der Kategorien, 5 und 6)</b>
<b>Resultate pro Bereich (2008)</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
	62%	<b>Ambulatorien Chirurgie</b>
	60%	<b>Ambulatorien Frauenklinik</b>
	62%	<b>Ambulatorien Medizin</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Es liegen noch keine für 2009 Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input checked="" type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<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:

## D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution <b>nicht systematisch</b> gemessen.			
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2007	Nächste Messung: Noch nicht bekannt
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2009</b> 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:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>		
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
<input type="checkbox"/> Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		

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:



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution <b>nicht</b> gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2007	Nächste Messung: 2010
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2009</b> 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:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>		
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	

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:



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

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>		
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
<input type="checkbox"/> Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		

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 type="checkbox"/> <b>Nein</b> , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution <b>nicht</b> gemessen.				
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b> . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.				
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Keine</b> Messung im Berichtsjahr 2009.      Letzte Messung: -----      Nächste Messung: 2010				
<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> . Im <b>Berichtsjahr 2009</b> wurde eine Messung durchgeführt.				
Spitalgruppen: an welchen Standorten? <input type="text"/>				
Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).				
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.				
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

### D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution <b>nicht</b> gemessen.			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b> . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Keine</b> Messung im Berichtsjahr 2009.      Letzte Messung: -----      Nächste Messung: 2010			
<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> . Im <b>Berichtsjahr 2009</b> wurde eine Messung durchgeführt.			
Spitalgruppen: an welchen Standorten? <input type="text"/>			
Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

## D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



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

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase		Seit Juni 2009
<input checked="" type="checkbox"/> Blinddarmentfernung		Seit Juni 2009
<input checked="" type="checkbox"/> Hernieoperation		Seit Juni 2009
<input checked="" type="checkbox"/> Operation am Dickdarm		Seit Juni 2009
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt		Seit Juni 2009
<input checked="" type="checkbox"/> Herzchirurgie		Seit Juni 2009
<input type="checkbox"/> Hüftgelenksprothesen		
<input type="checkbox"/> Kniegelenksprothesen		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
<input type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

## D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?		
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , die Infektionen werden in unserer Institution <b>nicht</b> gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.	
<input type="checkbox"/>	<b>Keine</b> Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> . Im <b>Berichtsjahr 2009</b> wurde eine Messung durchgeführt.	
	<b>Spitalgruppen:</b> an welchen Standorten?	<input type="text"/>

Infektions-Messthema	Händehygiene compliance nach SwissNoso
----------------------	--

Messung im Berichtsjahr 2009		
Gemessene Abteilungen:	<b>Ganzer Betrieb</b>	Ergebnis: <b>Interne Publikation</b>
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> 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="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz: <b>SwissNoso</b>

## D3 Weitere Qualitätsindikatoren



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

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

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



### Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich <sup>1</sup>	Erfassungsgrundlage <sup>2</sup>	Status <sup>3</sup>
AFS	Universitätsklinik für Frauenheilkunde	Arbeitsgemeinschaft Schweizer Frauenkliniken	B
Dendrite	Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie	EACTS (Gesellschaft für Herz- und Thoraxchirurgie)	B
TARN	Universitäres Notfallzentrum	Traumaregister TARN® (Trauma and research network)	B
AMIS Plus	Universitätsspital für Kardiologie	Fachspezifisches Register	B
SCQM	Rheumatologie	Fachspezifisches Register	B
MDSi	Universitätsklinik für Intensivmedizin Erwachsene	Minimaler Datensatz der SGI	B
Schweizer Dialyseregister	Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie	Schweizer Dialyseregister	B
CIRS-EKBE	(26 Kliniken / Institute, vgl. auch Kap. B2)	CIRS-EKBE	B
<b>Bemerkungen</b>			
Die Auflistung oben stellt einen Auszug aus allen Aktivitäten der einzelnen Kliniken des Inselspitals dar.			

#### Legende:

- <sup>1</sup> A=Ganzer Betrieb, übergreifend  
 B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.  
 C=einzeln Abteilung
- <sup>2</sup> A=Fachgesellschaft  
 B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE  
 C=betriebseigenes System
- <sup>3</sup> A=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr  
 B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009  
 C=Einführung im Berichtsjahr 2009



## D5 KIQ-Pilotprojekte



Das nationale KIQ Pilotprojekt Psychiatrie, getragen von H+, santésuisse und MTK, mit Beisitz von der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, spezifizierte für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation die Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinikinternen Messungen sowohl aus Patientensicht (Selbstrating) als auch aus Behandlungssicht (Fremdrating), mit einem regelmässigen Austausch und einer Vernetzung zwischen allen Pilotkliniken und auch einem systematischen Vergleich der Messergebnisse der Pilotkliniken wird im zweijährigen Pilot die Qualität und die Reflexion über Verbesserungsmaßnahmen gefördert.

Erst im März 2009 schlossen sich die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung **KIQ** und der Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung **IVQ** zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken **ANQ** zusammen. Deshalb wird in diesem Berichtsjahr noch die Bezeichnung KIQ verwendet.

### D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja	<b>Gewählte Messvariante:</b> <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
<input type="checkbox"/> nein	

### D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja: muskuloskelettale Reha	<b>Gewählte Körperregionen:</b> <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule (LWS) <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule (HWS) <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten (UEX) <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten (OEX) <input type="checkbox"/> ganzer Körper (SYS)
<input type="checkbox"/> ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
<input type="checkbox"/> nein	

# E

## Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

### E1 Pflegeindikatoren

#### E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“					
<b>Messung im Berichtsjahr 2009</b>					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?					
Gemessene Abteilungen:	Universitätsklinik für Intensivmedizin Universitäres Notfallzentrum Universitätsklinik für Frauenheilkunde Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie Universitätsklinik für Dermatologie Universitätsklinik für Rheumatologie Universitätsklinik für Urologie Universitätsklinik für Angiologie Universitätsklinik für Kardiologie Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie Universitätsklinik für Plastische Chirurgie Universitätsklinik für Handchirurgie Universitätsklinik für Augenheilkunde Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie Universitätsklinik für Schädel-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Universitätsklinik für Neurochirurgie Universitätsklinik für Neurologie Universitätsklinik für Medizinische Onkologie Universitätsklinik für Radio-Onkologie Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin Universitätsklinik für Pneumologie Universitätsklinik für Thoraxchirurgie Universitätsklinik für Kinderchirurgie Universitätsklinik für Kinderheilkunde Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin				
Ergebnis gesamt:	<b>Interne Publikation</b>	Anteil mit Behandlungsfolgen:	<b>20.36%</b>	Anteil ohne Behandlungsfolgen:	<b>79.64%</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse. <input 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:	<b>Elektronische Sturzerfassung Inselspital</b>
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

## E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	<b>Universitätsklinik für Intensivmedizin</b>	Ergebnis gesamt:	
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> 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 checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	<b>Gradeinteilung nach EPUAP (Bienstein)</b>
<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		
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen.	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen nicht.

### E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

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

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



## Verbesserungsaktivitäten



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

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

## F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
26 Kliniken bzw. Institute	CIRS- EKBE	Erhöhung der Patientensicherheit	fortlaufend
Für alle Patienten	Patientenflyer „Ihre Meinung interessiert uns“	Erhöhung der Patientenzufriedenheit	fortlaufend
Für alle Patienten	Ombudsstelle	Anlaufstelle für Patienten Anliegen	fortlaufend
Für alle Mitarbeitenden	Q-Talk, Q-news	Unterstützung der Etablierung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses	fortlaufend
Mitarbeitende des Universitären Notfallzentrums	Interdisziplinäre Schulungen	Erhöhung der Fachkompetenz der Mitarbeitenden	Ende 12/2009

## 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)
Universitätsklinik für Neurochirurgie	Optimierung und Sicherheit Instrumentarium Neurochirurgie	Prozessoptimierung und Erhöhung der Patientensicherheit	01/2009-12/2009
Universitätsinstitut für Immunologie	EFQM Zentrum für Labormedizin	Excellence Stufe 1	04/2009-04/2010
Universitäres Notfallzentrum	Interprofessionelle Fortbildung	Verbesserung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität	05/2009-12/2009
Einige ambulante Kliniken	Pro Info	Verkürzung der Wartezeiten. Verbesserung des Problemwertes der Pickermessung um 10%	03/2009-05/2010
Departement Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labormedizin und Spitalpharmazie	Prozessoptimierung für die molekularbiologischen Verlaufsanalysen bei Tumorpatienten (Minimal Residual Disease)	Prozessoptimierung	1/2009-12/2009
Universitätsklinik für Hämatologie und Hämatologisches Zentrallabor Universitätsklinik	Optimierung des Prozesses zur Gewinnung von quantitativ und qualitativ geeigneten Nabelschnurblut (NSB)-	Prozessoptimierung	4/2009-7/2010

Frauenheilkunde	Transplantaten		
Universitätsklinik Medizinische Onkologie	Optimierung des Patientenbetreuungsprozesses Medizinische Onkologie	Transparente Behandlungspfade und Erhöhung der Patientenzufriedenheit	07/2009-12/2009
Universitätsklinik Orthopädie	Ablaufoptimierung in der Administration	Ablaufoptimierung in der Administration	08/2009-10/2010
Inselspital	ERA Kurs („London Protokoll“) Patientensicherheit	Kursteilnehmer erwerben eine verbesserte Fähigkeit kritische Zwischenfälle zu analysieren	10/2009-12/2010
Universitätsklinik für Infektiologie	Überwachung der Antibiotikaresistenzen und Isolationen im Inselspital	Die bestehende Datenbank soll durch eine neue Datenbank gemäss der Anforderungen verbessert und erweitert werden.	10/2009-12/2009

## F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

<b>Projekttitlel</b>	Interprofessionelle Fortbildung Universitäres Notfallzentrum	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Verbesserung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität	
Beschreibung		
Projekttablauf / Methodik	Ausbildung von fachlichen TrainerInnen („the hidden curriculum“) Internes Projektteam mit externer Unterstützung, Bildung von Fokusgruppen	
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 checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Notfallzentrum	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflegende	
Projektevaluation / Konsequenzen	Laufende Evaluation auf Grundlage es erarbeiteten Evaluationskonzeptes	
Weiterführende Unterlagen		

<b>Projekttitlel</b>	Optimierung und Sicherheit Instrumentarium Neurochirurgie	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Prozessoptimierung und Erhöhung der Patientensicherheit	
Beschreibung	Die bestehenden Packlisten der chirurgischen Instrumente bieten keine valide Aussage über den Instrumentenbestand der Abteilung. Jedes Instrument hatte zwar eine eigene Identifikation, welche aber bei Erstellen der vorhandenen Listen nicht berücksichtigt wurde. Dadurch ergeben sich sehr viele (potentielle) Qualitätsmängel bei der Reinigung der Instrumente, etwa mangels Detailbeschreibung der zerlegbaren Teile.	
Projekttablauf / Methodik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inventarisierung und Strukturierung</li> <li>2. Optimierung hinsichtlich Qualität und Kosten</li> </ol>	
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 checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Universitätsklinik für Neurochirurgie	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Mitarbeitende Sterilisation , OP-Pflegende	
Projektevaluation / Konsequenzen	Vgl. Projekt-Abschlussbericht	
Weiterführende Unterlagen		



<b>Projekttitlel</b>	EFQM Zentrum Labor Medizin	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Excellence Stufe 1	
Beschreibung	Projektverlauf nach Vorgaben der SAQ	
Projekttablauf / Methodik	Intern Projektgruppe mit externe Begleitung	
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 checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Universitätsinstitut für Immunologie	
Involvierte Berufsgruppen	Alle Labormitarbeitenden	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Vgl. Projekt-Abschlussbericht	
Weiterführende Unterlagen		



Aktuell erarbeitet die Q-Kommission das Leitbild Qualitätsmanagement Inselspital 2015 (Vgl. Kap. B4, dies stellt den Stand 30.04.2010 dar). Dieses wird voraussichtlich 2010 der Spitalleitung zur Genehmigung vorgelegt. Es soll das „Konzept Qualitätsentwicklung 2000“ ersetzen und ist u.a. Grundlage der Q-Kommission bei der Beurteilung von Anträgen zu Qualitäts-Entwicklungsprojekten und bei der Priorisierung der verschiedenen Aktivitäten im Bereich des Qualitätsmanagement.

Die Fachstelle für Qualitätsmanagement ( FQM) organisiert zudem: Q-Talks, Q-Newsletters, Schulungen zum Thema Qualitätsmanagement, um dadurch ein allgemeines Qualitätsverständnis im gesamten Betrieb aufzubauen und zu etablieren.

In mehreren Kliniken und Instituten wurden Zertifizierungen und Akkreditierungen durchgeführt, respektive abgeschlossen.

Bezüglich EFQM (European Foundation for Quality Management) wurden in mehreren Kliniken respektive Organisationseinheiten Projekte lanciert. Besonders zu Erwähnen ist hier die Direktion Betrieb, wo in den Bereichen „Areal und Gebäude“ sowie „Gastronomie“ EFQM umgesetzt wird.



## 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](http://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](http://www.hplusqualite.ch) → Spital-Qualitätsbericht

→ [www.hplusqualite.ch](http://www.hplusqualite.ch) → H+ Branchenbericht Qualität

### Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei **S**pitälern im **K**anton **B**ern) 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](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: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

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





## Anhänge

Keine.