



Uniklinik Balgrist
Forchstrasse 340
8008 Zürich



Qualitätsbericht 2009

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



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	4
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	6
C1	Kennzahlen Akutsomatik	6
C2	Kennzahlen Psychiatrie	6
C3	Kennzahlen Rehabilitation	7
C4	Kennzahlen Langzeitpflege	7
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	8
D1	Zufriedenheitsmessungen	8
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	9
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	10
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	11
D2	ANQ-Indikatoren	12
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	12
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	12
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	13
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	13
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	14
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	15
D5	KIQ-Pilotprojekte	16
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	16
D5-2	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation	16
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	17
E1	Pflegeindikatoren	17
E1-1	Stürze	17
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	17
E2	Weitere Qualitätsindikatoren	18
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege	18
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings	18
F	Verbesserungsaktivitäten	19
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	19
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	19
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	20
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	21
G	Schlusswort und Ausblick	23
H	Impressum	24
I	Anhänge	25



Die Uniklinik Balgrist ist ein hoch spezialisiertes Kompetenzzentrum für die Abklärung, Behandlung und Nachbetreuung von Schädigungen des Bewegungsapparates. Medizinisch gliedert sich das Leistungsangebot in die Bereiche Orthopädie, Paraplegiologie, Rheumatologie und Radiologie sowie Anästhesiologie. Das breite Spektrum vernetzter Therapien wird ergänzt durch soziale und psychologische Betreuung, durch Rechtsberatung, berufliche Eingliederungsmassnahmen und Wohnüberbrückung. Alle Aktivitäten sind darauf ausgerichtet, dem Patienten grösstmögliche Unterstützung zukommen zu lassen.

Die Uniklinik Balgrist erbringt somit für jeden Patienten mit Problemen am Bewegungsapparat die bestmögliche Abklärung, Behandlung und Betreuung. Sie trägt durch Exzellenz in Forschung und Lehre wesentlich zur Verbesserung der weltweiten Behandlungsstandards in Orthopädie und Paraplegiologie bei. Sie bildet und fördert ihre Mitarbeitenden, um diese Mission erfüllen zu können.



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätsstrategie:

- Die Uniklinik Balgrist betreibt aktiv Qualitätsförderung.
- Die Qualitätsförderung wird auf das Erreichen der Unternehmensziele ausgerichtet. Qualitätsförderungsmassnahmen sind integrierende Bestandteile der Tätigkeit jedes Mitarbeitenden.

Qualitätsziele:

Der Qualitätslenkungsausschuss (QLA) formuliert jährlich die übergeordneten Qualitätsziele der Uniklinik Balgrist, welche in die Qualitätsplanung und das Managementreview aller Bereiche einfließen. Diese sind im Qualitätsplan für das entsprechende ersichtlich.

Für 2009 wurden gemäss den Klinikschwerpunkten folgende qualitätsrelevanten Ziele definiert:

- Bereinigung Schnittstellen
- Optimierung Informatik

Neben diesen beiden übergeordneten Zielsetzungen wurden diverse weitere bereichs- und prozessspezifische Ziele im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses festgelegt.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Entsprechend den beiden oben erwähnten übergeordneten Zielsetzungen:

- Bereinigung Schnittstellen:
Das im Vorjahr begonnene Schnittstellenprojekt „Von Schnitt- zu Nahtstellen“ umsetzen, d.h. Bereinigung der Schnittstellen und Durchführung von flächendeckenden Schnittstellenaudits.
- Optimierung IT-Unterstützung:
Integration Organisationshandbuch ins Managementhandbuch soweit sinnvoll; möglichst rasche Nutzung neuer Informatikmittel für Managementbelange; laufende Integration von schriftlichen Abläufen in die bestehenden Informatiklösungen, um Abläufe zu vereinfachen und damit Daten Standort unabhängig abgerufen werden können.

Zusätzlich:

- Organisationsübergreifende Projekte:
Elektronische Verordnung; Elektronische Aufnahmekarte, Ein-Austrittsmanagement, Prozessoptimierung der Behandlung und Betreuung von unangemeldeten Patienten

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

Die beiden oben erwähnten übergeordneten Zielsetzungen wurden weitgehend erreicht. Gewisse Themen sind nicht abgeschlossen, zumal sie integrativer Teil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses sind.

Die Prozessoptimierung der Behandlung und Betreuung von unangemeldeten Patienten ist erfolgreich Ende Jahr eingeführt worden. Eine anfangs 2010 erfolgte Evaluation (Patientenbefragung) bestätigt die ein positives Ergebnis (Behandlung, Information, Betreuung).

Das Projekt elektronische Verordnung wird im Laufe des Jahres 2010 in einer Pilotphase eingeführt.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Für 2010 wurden gemäss den Klinikschwerpunkten folgende qualitätsrelevanten Ziele definiert:

- Umsetzung Strategie
- Optimierung Informatik
- Controlling Umsetzung Schnittstellenprojekt „Von Schnitt- zu Nahtstellen“

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

x	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
x	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Andere Organisationsform, nämlich:	
x	→ Bemerkungen:	Die Organisation des Qualitätsmanagements stellt eine Mischform dar: Vertretung in der Geschäftsleitung durch den Spitaldirektor und Qualitätsverantwortlichen einerseits, und der Geschäftsleitung unterstellte Stabsfunktion durch die Unternehmensentwicklung und den externen Qualitätsberater andererseits
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
Herr Prof. Dr. Christian Pfirrmann	044 386 33 05	christian.pfirrmann@balgrist.ch	Chefarzt und Institutsleiter Radiologie Qualitätsverantwortlicher der Klinik und Vorsteher des QLA
Herr Dr. Serge Altmann	044 386 14 14	serge.altmann@balgrist.ch	Spitaldirektor Mitglied QLA
Frau Céline Aubry	044 386 14 16	celine.aubry@balgrist.ch	Unternehmensentwicklung Mitglied QLA
Herr Kaspar Ritz	062 213 85 83	kontakt@kaspar-ritz.ch	Externer Qualitätsberater Mitglied QLA

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	37'163 3'259 4'390 44'812	Orthopädie Rheumatologie Paraplegiologie Total
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene		
Anzahl stationäre Patienten	4'060 280 250 4'590	Orthopädie Rheumatologie Paraplegiologie Total
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene		
Anzahl Pflegetage gesamt	28'962 6'065 11'998 47'025	Orthopädie Rheumatologie Paraplegiologie Total
Bettenanzahl per 31.12.	88 21 32 141	Orthopädie Rheumatologie Paraplegiologie Total
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7.1 22.7 48 10.3	Orthopädie Rheumatologie Paraplegiologie Total
Durchschnittliche Auslastung der Betten	90% 79% 103% 91%	Orthopädie Rheumatologie Paraplegiologie Total
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte		

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflegetage
stationär				
Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht		☐ ja	☐ nein	☐ teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl stationäre Patienten		
Anzahl Pflēgetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte		

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.		
Anzahl Pflēgetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung		
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte		

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
x	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	x Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2005	Nächste Messung: 2010
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument		
☐ Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
☐ VO: PEQ			
☐ MüPF(-27)			
☐ POC(-18)			
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
x	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
☐	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
	☐ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
x	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	☐ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2006
		Nächste Messung:	2012
x Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
x Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
x	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mitarbeiterzufriedenheit	Name des Messinstitutes
			Mecon
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		Es deckt alle wichtigen Bereiche ab und erlaubt eine repräsentative Beurteilung der Zufriedenheit sämtlicher Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, medizintechnisches und therapeutisches Personal, Hauswirtschaft und Verwaltung). Die Auswertungen umfassen u.a.: - ein externes Benchmarking mit allen und ähnlichen Krankenhäusern - ein externes Benchmarking für die wichtigsten Berufsgruppen - ein internes Benchmarking durch den Vergleich nach Berufsuntergruppen und Arbeitsorten - einen Vergleich der Entwicklung über die Zeit (Längsschnitt)	
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten		48%	
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	x Ja, Einsatz wie folgt: ca. 4 Wochen nach erstem Versand



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
x	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	x Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2007	Nächste Messung: 2011
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	x	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen: Orthopädie inkl. Rheumatologie, Paraplegiologie
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
x Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
x	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Zuweiserzufriedenheit	Name des Messinstitutes Mecon
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		Befragt werden alle zuweisenden Ärzte, welche regelmässig ins Spital einweisen. Folgende Auswertungen werden, sofern aufgrund der Daten möglich, vorgenommen: • externes Benchmarking mit allen teilnehmenden Krankenhäusern • externes Benchmarking mit strukturähnlichen Krankenhäusern • externes Benchmarking für die einzelnen Fachbereiche/Abteilungen • internes Benchmarking der Fachbereiche/Abteilungen • Zeitvergleich (bei wiederholten Messungen)	
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten		28%	
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	x Ja, Einsatz wie folgt: ca. 4 Wochen nach erstem Versand

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



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

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



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

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
☐	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.		
x	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2009/ 2010
☐	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		Nächste Messung: ?
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
☐ Gallenblase		
☐ Blinddarmentfernung		
☐ Hernieoperation		
☐ Operation am Dickdarm		
☐ Kaiserschnitt		
☐ Herzchirurgie		
x Hüftgelenksprothesen		
x Kniegelenksprothesen		
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
x Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐ 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?	
x	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.
☐	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: Nächste Messung:
☐	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	

Infektions-Messthema

Messung im Berichtsjahr 2009	
Gemessene Abteilungen:	Ergebnis:
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009	
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



Messthema		Patientenzufriedenheitsbefragung Physiotherapie	
Messung im Berichtsjahr 2009/2010			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Physiotherapie	Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☒ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		Mecon

Messthema		Patientenzufriedenheitsbefragung Ergotherapie	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Ergotherapie	Ergebnis:	
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:		Eigenanfertigung angelehnt an Fragebögen anderer Spital-Ergotherapie
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Bemerkungen			

Legende:

¹ **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend

B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.

C=einzelne Abteilung

² **A**=Fachgesellschaft

B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE

C=betriebseigenes System

³ **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr

B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009

C=Einführung im Berichtsjahr 2009

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	
☐ ja	Gewählte Messvariante: ☐ Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen ☐ Symptombelastung, Lebensqualität ☐ Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
☒ nein	

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
☐ ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: ☐ Lendenwirbelsäule (LWS) ☐ Halswirbelsäule (HWS) ☐ Untere Extremitäten (UEX) ☐ Obere Extremitäten (OEX) ☐ ganzer Körper (SYS)
☐ ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
☒ nein	



Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:			
Ergebnis gesamt:		Anteil mit Behandlungsfolgen:	Anteil ohne Behandlungsfolgen:
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009						
Spitalgruppen: an welchen Standorten?						
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis gesamt:				
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ 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						
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:					
☐ 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	☐ Richtlinien bestehen.	☐ Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema	Qualitätserhebung bei Patienten betreffend Infiltrationen (Schmerzbehandlung)		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Radiologie	Ergebnis:	
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema	Erhebung der Wartezeiten vor der Sprechstunde		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Poliklinik	Ergebnis:	
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		



Verbesserungsaktivitäten



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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
ISO-Zertifizierung des gesamten Betriebes	ISO 9001:2008	2008	2009	Nach wie vor erste Gesamtzertifizierung eines Schweizerischen Universitätsspitals (Zertifikat ohne Auflagen erhalten)

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Medizin	CIRS		Laufend
Medizin	Vigilanzmeldesystem		Laufend
Medizin	Klinisch-wissenschaftliche Qualitätskontrollen		Laufend
Medizin	Qualitätssicherung Lehre		Laufend
Ganze Klinik	MIS als Führungsinstrument		Laufend
Ganze Klinik	Standardisiertes Projektmanagement		Laufend
Ganze Klinik	Reklamations- und Vorschlagswesen		Laufend
Ganze Klinik	Detaillierter Qualitätsbericht im Jahresbericht		Laufend
Ganze Klinik	Managementreview und interne Prozessaudits		Laufend
Ganze Klinik	Gesundheitswoche für Mitarbeitende		Laufend

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Ärzte, Pflege, Sekretariate	Einführung elektronische Verordnungen		
Ärzte, Pflege, Sekretariate, Bettendisposition, Aufnahme Poliklinik, Beratende Dienste, Empfang	Optimierung Ein- Austrittsmanagement		
Ärzte, Pflege, Sekretariate, Aufnahme, Patientenadministration, Fakturierung, Bettendisposition, Verrechnung	Einführung elektronische Aufnahmekarte		
Personaldienst und am Einführungstag beteiligte Bereiche	Optimierung Einführungstag neue Mitarbeiter allgemein		
Unternehmensentwicklung, Kommunikation, zu spezifischen Informationen weitere Bereiche	Neugestaltung Intranet		
Ärzte	Optimierung Zuweiserbeziehung		
Ärzte, Sekretariate, MTRA, Aufnahme Poliklinik, Administration	Reduktion Wartezeiten Poliklinik		

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitlel	Neuer Internetauftritt	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel		
Beschreibung		
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Gesamte Klinik	
Projektevaluation / Konsequenzen	Moderner und Nutzerfreundlicher Internetauftritt mit umfassenden Informationen zur Uniklinik Balgrist.	
Weiterführende Unterlagen	Siehe www.balgrist.ch	

Projekttitlel	Eingriffs-Informationsbroschüren für Patienten	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel		
Beschreibung		
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Sämtliche medizinischen Bereiche	
Projektevaluation / Konsequenzen	Umfassende Informationen zu sämtlichen chirurgischen Behandlungen und Eingriffen zuhanden der betroffenen Patienten oder dem interessierten Publikum	
Weiterführende Unterlagen	Die Eingriffs-Informationsbroschüren werden dem Patienten in der Sprechstunde abgegeben. Sie liegen ebenfalls in der Klinik vor und sind über unsere Website herunter zu laden: www.balgrist.ch	

Projekttitel	Einführungsprozess neue Ärzte	
Bereich	x internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel		
Beschreibung		
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	x Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Personaldienst zusammen mit sämtlichen medizinischen Bereichen	
Projektevaluation / Konsequenzen	Deutlich optimierter Ablauf der Einführung für die betroffenen neuen Ärzte und die involvierten Bereiche (Effizienz- und Effektivitätssteigerung).	
Weiterführende Unterlagen		



Freitextfeld



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

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

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **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



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



Anhänge