



Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
4031 Basel



Akutsomatik

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern
Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Kantone / Gremien



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

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

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Zielpublikum

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

Bezeichnungen

Um die **Lesbarkeit des Qualitätsberichts** 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.

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
	Qualitätsstrategie.....	1
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	1
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012	2
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	2
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	4
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
C1	Angebotsübersicht	5
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	7
D	Zufriedenheitsmessungen	8
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	8
D2	Angehörigenzufriedenheit	10
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	11
D4	Zuweiserzufriedenheit	12
E	ANQ-Indikatoren	13
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik.....	13
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	14
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	15
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	16
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	17
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ	19
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012.....	20
F1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	20
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	21
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	22
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	23
F5	Dauerkatheter	24
F6	Weiteres Messthema	25
G	Registerübersicht	26
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	27
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	27
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	30
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	36
I	Schlusswort und Ausblick	37
J	Anhänge	37

A

Einleitung

Das Universitätsspital Basel, als eines der führenden Spitäler der Schweiz, stellt den Patientinnen und Patienten ein umfangreiches Leistungsangebot mit international anerkanntem Standard zur Verfügung. Das Streben nach höchster Qualität legt nahe, die Ergebnisse dieses Leistungsangebotes systematisch auf ihre Qualität hin zu überprüfen und mit anderen Spitälern zu vergleichen. Das Qualitätsmanagement ist somit integraler Bestandteil des Leistungsangebotes.

Mit der Erstveröffentlichung der Leistungszahlen und der Mortalitätsraten im Jahre 2006 hat das Universitätsspital Basel in entscheidender Weise dazu beigetragen, sich dem Verbesserungsprozess zu stellen und damit wichtige Impulse für die gesamte Schweiz zu setzen. Weitere Indikatoren werden hinzugezogen, die beitragen sollen, hohe Sicherheit im Behandlungsprozess zu garantieren und Patientinnen und Patienten in den Reflexionsprozess des Leistungsangebotes einzubeziehen. Dies ist sowohl auf individueller Ebene mit dem *Rückmeldungsmanagement* möglich als auch durch die inzwischen standardisierte *permanente Patientenbefragung*.

Wichtig ist, dass Patientinnen und Patienten den Eindruck gewinnen, im Universitätsspital Basel werden sie nach neuesten Erkenntnissen behandelt und trotzdem als Individuum wahrgenommen, das ihnen durch gute Aufklärungs- und Informationsqualität dabei hilft, eigene Entscheidungen zu treffen und den Behandlungsprozess aktiv zu unterstützen.

Die Grundlagen für das Qualitätsmanagement sind im Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankert. Die in diesem Gesetz und durch den ANQ festgelegten Massnahmen ersetzen jedoch nicht das eigene Engagement zur Qualitätssicherung. Der Qualitätssicherungsgedanke ist Teil der Spitalstrategie dem zentrale Bedeutung beigemessen wird. Die verlässliche Weiterführung der Qualitätsaktivitäten und des permanenten Verbesserungsprozesses ist ausdrücklich erwünscht und entspricht den Vorgaben des KVG.

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die von der Spitalleitung beschlossenen Qualitätsziele resultieren aus den strategischen Zielen und fokussieren für 2012 folgende Themengebiete:

Ziel 1: Die Patientenzufriedenheit liegt im Fokus jedes Mitarbeitenden am USB. Wir messen die Patientenzufriedenheit kontinuierlich und leiten Massnahmen zur Verbesserung ein, wo notwendig und sinnvoll. Die Beurteilung der *Qualität* durch die Patienten mit „ausgezeichnet“ soll über 60% liegen, die Antwortrate zur Frage nach dem *Wiederkommen für die gleiche Erkrankung* soll über 80% liegen. Bei den Qualitätsratings (ANQ-Messung) gehören wir zu den führenden Spitälern der Schweiz.

Ziel 2: Die interprofessionelle Zusammenarbeit intern (Medizin/Pflege) und extern (Medizin/Medizin) weist auf Probleme hin. Durch eine Mitarbeiter- und Zuweiserbefragung wollen wir Erkenntnisse für Verbesserungsmassnahmen gewinnen.

Ziel 3: Die Gewährleistung der Patientensicherheit ist oberstes Gebot für jeden Mitarbeiter am USB. Wir stellen dies durch ein System der freiwilligen Angabe von „kritischen Ereignissen“ auf individueller Basis mit dem CIRS-System sicher. Die Anwendung des CIRS-Systems in den definierten Meldegruppen ist sichergestellt.

Ziel 4: Das USB ist IQM-Gründungsmitglied (Initiative Qualitätsmedizin) und veröffentlichte 2007 als erstes Spital der Schweiz die Mortalitätsraten. Als Konsequenz aus der veröffentlichten Mortalitätsraten

hat das USB als das zweite Spital der Schweiz 2012 mit dem sog. *Peer-Review-Verfahren* begonnen (IQM Pilotprojekt im USB). Die Ausschüsse der Fachgesellschaften sind zu aktivieren, um *Peers* auszubilden und im USB Initiativen zur Durchführung von *Peer-Review-Verfahren* vorzubereiten

Ziel 5: Der Jahresbericht des USB und der Qualitätsbericht sind bisher getrennt voneinander veröffentlicht worden. Ein Entwurf für einen integrierten Leistungs- und Qualitätsbericht ist bis Ende 2012 zu erstellen.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

Im Fokus der Bemühungen des Qualitätsmanagements standen die folgenden Themen

- (1) Permanente Patientenbefragung: die Systematisierung und Verbesserung des Befragungsablaufs, die Integration des ANQ Fragebogens (5 Fragen) zur nationalen Patientenbefragung in den elektronisch gesteuerten Ablauf der *Permanenter Patientenbefragung* des USB, die Optimierung der Berichterstattung der halbjährlichen Ergebnisse in Form von Printausgaben und E-books sowie die Unterstützung der Abteilungen bei Verbesserungsmassnahmen, die sich sichtbar an den Ergebnissen zur *Qualitätsbewertung* „ausgezeichnet“ (>60%) und zur *Wiederkommensrate* (>80%) ablesen lassen.
- (2) Nutzung des CIRS-Systems: Die Nutzung wird angeregt durch (1) eine Befragung zur Anwendung von CIRS, die vom ANQ initiiert und von den Kantonen durchgeführt wird, (2) die Überarbeitung des Reglements und die Verabschiedung durch die Spitalleitung – damit wird die Verbindlichkeit hergestellt, (3) das *Easy Lern* mit Lernschritten zur Bedienung von CIRS, (4) eine sporadische Administratorenschulung, (5) die Erstellung eines Jahresberichtes über die Eingabe der CIRS Meldungen und (6) die Unterstützung von dezentraler Massnahmen durch das CIRS Leitungsgremium und das Ressort Med. Prozesse und Qualität, RMPQ.
- (3) Leistungsdaten und Mortalitätsraten: Die Organisation und Durchführung eines ersten *Peer-Review-Verfahrens* für eine Fachklinik, in Zusammenarbeit mit einem IQM Expertengremium aus Deutschland, wird in die Wege geleitet.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

Drei der fünf angestrebten Ziele wurden auf Grund einer starken Fokussierung erreicht (Ziele 1, 3 und 4). Die Befragung von Mitarbeitern wurde an den Bereich Human Resources abgegeben. Eine Zuweiserbefragung fand aus Ressourcengründen 2012 nicht statt.

Die Vereinheitlichung von Jahresbericht USB mit integriertem Qualitätsbericht hat sich bis in das neue Jahr verzögert und wird aller Voraussicht nach im Jahre 2013 realisiert. Wir unterscheiden den

- Jahresbericht USB mit integriertem Qualitätsbericht,
- Qualitätsbericht bei H+
- sowie den „Ergebnisorientierten Qualitätsbericht“ auf der Homepage mit den Fallzahlen und Mortalitätsraten (<http://www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/ressorts/medizinische-prozesse-qualitaet/>).

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Zu den kundenbezogenen strategischen Zielen des Universitätsspital Basel gehört es, hohe Patientenzufriedenheit zu erzeugen, Patientensicherheit zu gewährleisten und mit Qualitätsverbesserungen ein exzellentes medizinisches Leistungsangebot zu erbringen. Aufgabe des Qualitätsmanagements ist es, den Verantwortlichen durch kontinuierliche Messungen Ergebnisse zur Verfügung zu stellen, auf deren Basis sie Entscheidungen für gezielte Verbesserungsmassnahmen treffen können.

Mit dem Beitritt zur Association nationale qualité - ANQ und der Mitgliedschaft bei der Initiative Qualitätsmedizin – IQM, ist das Qualitätsmanagement des USB gut verankert. Zum einen werden Indikatorenmessungen nach bestimmten Algorithmen auf einer bestimmten Kategorienebene vorgegeben (gesamtes Spital, Abteilungsebene), zum anderen werden Methoden angeboten, sich in Form von Detailanalysen auf einer tieferen Ebene intensiver mit individuellen Behandlungsprozessen auseinander zu setzen, wie im *Peer-Review-Verfahren* oder in den in nächster Zeit anzustrebenden interdisziplinären *Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen*. Die Analyse von Daten und die Reflexion von Behandlungsverläufen mit detaillierten Fehleranalysen sind erfahrungsgemäss der wichtigste Teil eines Veränderungsprozesses, ohne den das Qualitätsmanagement auf verlorenem Posten stehen würde. Die für die Qualität Verantwortlichen müssen wissen, an welchen Stellen im Behandlungsverlauf die Hebel für Verbesserungsmassnahmen anzusetzen sind.

Mit der bestehenden Auswahl an ANQ-Indikatoren

- seit 2009: Nationale Patientenbefragung
- seit 2010: Messung der Infektionsraten nach OP
- seit 2010: Potentiell vermeidbare Reoperationen und Rehospitalisationen
- seit 2011: Prävalenzmessung Sturz/ Dekubitus
- seit 2011: SIRIS Implantat-Register

den Indikatoren des Gesundheitsdepartements der Stadt Basel

- seit 2009: das *Critical Incident Reporting System*, CIRS
- seit 2011: Rückmeldungen und Beschwerden (USB seit 2008)
- seit 2012: Schnittstellenmanagement

und den Indikatoren des IQM

- seit 2006: Fallzahlen und Mortalitätsraten
- seit 2012: das Peer-Review-Verfahren
- für 2013: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen,

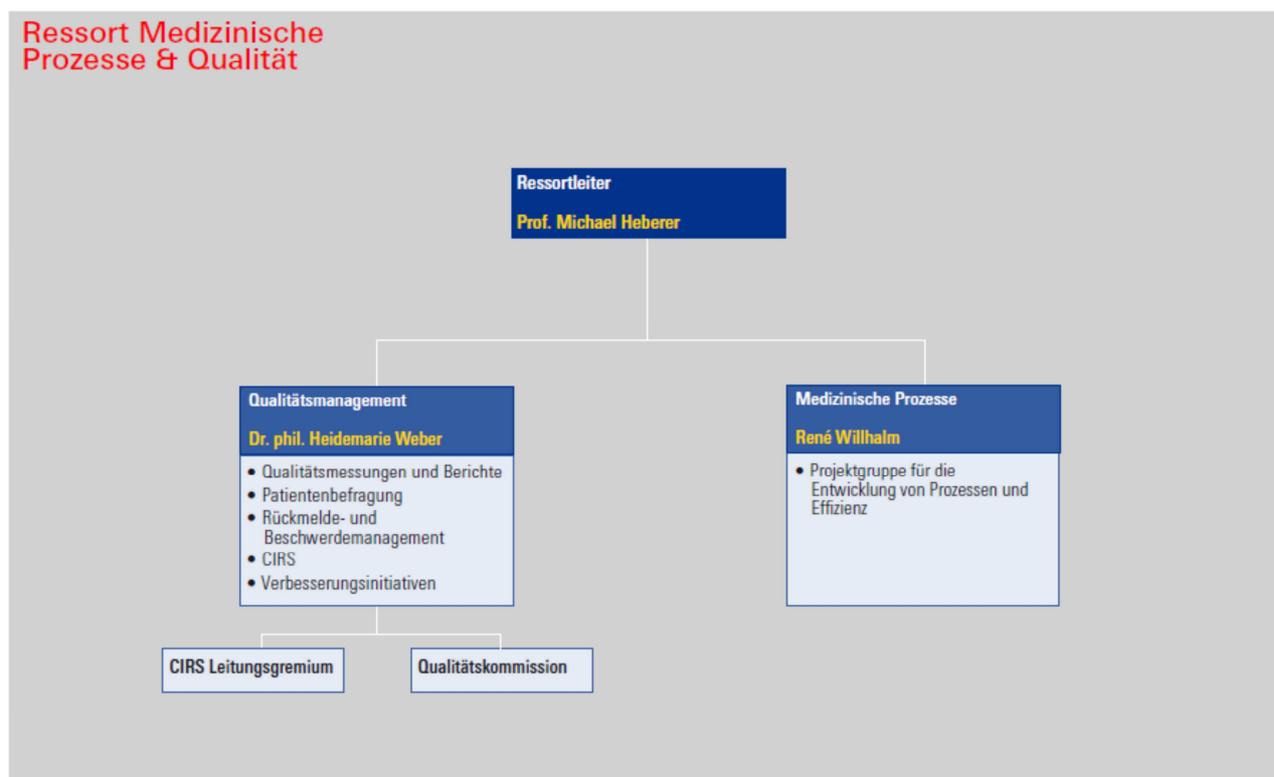
ist das USB gut aufgestellt, um gezielte Verbesserungsmassnahmen oder -projekte einzuleiten.

Zu ergänzen wären weitere relevante Indikatoren, die die Entwicklung der Zusammenarbeit zwischen den diversen Berufsgruppen (Ärzte, Pflegendе, Med. Technisches Personal usw.) im Spital abbilden, wie z.B. durch regelmässige *Mitarbeiterbefragungen*, um Erkenntnisse zu Einstellungen und Handlungsmotiven zur Zusammenarbeit besser kennen zu lernen, deren Qualitätsdefizite aufzudecken und sie zielgerichtet angehen zu können. Eine solche Vorgehensweise würde die Arbeitsphilosophie, die zum Leitbild des USB gehört, nachhaltig unterstützen und der Umsetzung von Massnahmen gute Argumente liefern.

Letztlich ist zu vermuten, dass die durch das DRG-System ausgelöste Arbeitsverdichtung der Leistungsangebote in der Medizin, Pflege, in den Therapiediensten sowie in der Administration, den Betriebsabläufen, Serviceleistungen und der Infrastruktur nicht nur Auswirkungen auf die Behandlungsqualität haben, sondern auch auf die Mitarbeiterzufriedenheit – entsprechende Trends müssen parallel zur Patientenzufriedenheit frühzeitig aufgedeckt werden.

Das *Critical Incident Reporting System* (CIRS) hat sich im letzten Jahr sehr stark entwickelt. Zukünftig wird es darum gehen, defizitären Handlungsabläufen, die mit diesem System aufgedeckt werden, mit kollektiven oder individuellen Schulungen zu begegnen. Systematische Fortbildungen zur Handhabung des Systems sind eine wichtige Weiterentwicklung von CIRS, die zu einer Umsetzung der CIRS-Philosophie beitragen. Eine andere sind die für die Mitarbeitenden sichtbaren Massnahmen zur Verhinderung der durch CIRS aufgedeckten Beinahe-Fehler.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere Organisationsform: Das Qualitätsmanagement untersteht einem Ressortleiter der Spitalleitung
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	600 Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Vera BASLER	061 265 92 84	Vera.Basler@usb.ch	Qualitätsbeauftragte, Leiterin CIRS und Rückmelde- und Beschwerdemanagement
Sarah ENGEL	061 328 63 68	Sarah.Engel@usb.ch	Projektassistenz Patientenbefragung, Kommunikation, Intranetauftritt
Susana SANCHEZ	061 556 57 19	Susana.Sanchez@usb.ch	Rückmeldemanagement, CIRS, Koordination und Administration
Esteban SANJUAN	061 556 58 75	Esteban.Sanjuan@usb.ch	Qualitätskennzahlen und Indikatoren, wiss. Mitarbeiter
Linda SZIRT	061 556 58 76	Linda.Szirt@usb.ch	Qualitätsbeauftragte, stv. Leiterin, Projektmanagement
Dr. med. Atanas TODOROV	061 328 70 39	Atanas.Todorov@usb.ch	Medizinische Kodierung, RPQM - Datenmanagement
Dr. phil. Heidemarie WEBER	061 328 72 43	Heidemarie.Weber@usb.ch	Leiterin Qualitätsmanagement

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 → Universitätsspital Basel → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe	
<input type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	4031, Basel	
Allgemeine Chirurgie	4031, Basel	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	4031, Basel	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	4031, Basel	
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	4031, Basel	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)	4031, Basel	
Handchirurgie	4031, Basel	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und am Gefässen im Brustkorb und-raum)	4031, Basel	3010, Bern – Inselspital
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	4031, Basel	
<input type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	4031, Basel	
<input type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	4031, Basel	
<input type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	4031, Basel	
<input type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)	4031, Basel	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph- systems)	4031, Basel	
<input type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	4031, Basel	
<input type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	4031, Basel	
<input type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen)	4031, Basel	
<input type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	4031, Basel	
<input type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	4031, Basel	
<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	4031, Basel	
<input type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs- organe)	4031, Basel	
Intensivmedizin	4031, Basel	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	4031, Basel	
Kinderchirurgie	4031, Basel	
Langzeitpflege	4031, Basel	
Neurochirurgie	4031, Basel	
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems)	4031, Basel	
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	4031, Basel	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	4031, Basel	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	4031, Basel	
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	4031, Basel	
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)- kranker)	-	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	4031, Basel	
Psychiatrie und Psychotherapie	-	
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	4031, Basel	
Tropen- und Reisemedizin	-	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	4031, Basel	

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	4031, Basel	
Ergotherapie	4031, Basel	
Ernährungsberatung	4031, Basel	
Logopädie	4031, Basel	
Neuropsychologie	4031, Basel	
Physiotherapie	4031, Basel	
Psychologie	4031, Basel	
Psychotherapie	4031, Basel	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	821'955	849'914	MIS-Daten
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener			
Anzahl stationär behandelter Patienten,	31'647	31'832	BfS-Rekord
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	2'380	2'362	
Geleistete Pflage tage	241'128	240'166	MIS
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	726	711	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.6	7.5	SDRG
Durchschnittliche Bettenbelegung	92.7%	93.8%	MIS

Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht . Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit. <input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt. <input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. Die letzte Messung erfolgte im Jahr: Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	53.1%	53.1 % der antwortenden Patienten bezeichnen die Qualität der Behandlung als „ausgezeichnet“. (andere Antwortmöglichkeiten: „gut“, „weniger gut“ und „schlecht“)
	69.0%	69.0 % der antwortenden Patienten würden „eindeutig ja“ für dieselbe Erkrankung/eine Geburt wieder in unser Spital kommen. (andere Antwortmöglichkeiten: „ich glaube ja“, „ich glaube nicht“ und „eindeutig nicht“)
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Chirurgie	54.1% (Qualität) 67.9% (Wiederkommen)	
Medizin	51.6% (Qualität) 70.1% (Wiederkommen)	
Spezialkliniken	57.1% (Qualität) 71.8% (Wiederkommen)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung erfolgt permanent . Die Ergebnisse für das Jahr 2012 werden in den Qualitätsberichten des Universitätsspitals für das 1. Halbjahr und 2. Halbjahr publiziert.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
<input type="checkbox"/> PEQ			

<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/>	POC(-18)			
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark			
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments				

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationär behandelten Patienten im Alter >17		
	Ausschlusskriterien	Neugeborene, Im Spital verstorbene, jünger als 17 Jahre		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		12'124		
Rücklauf in Prozent		42%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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 Beschwerde-management oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Rückmeldemanagement
Name der Ansprechperson	Vera BASLER
Funktion	Qualitätsbeauftragte
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	+41 (0)61 265 29 00, qmfeedback@usb.ch
Bemerkungen	An das USB eingegangene Rückmeldungen und Beschwerden (Brief, E-Mail, Beschwerdetelefon, Patientenfeedbackflyer) werden zentral, standardisiert und systematisch durch ein interdisziplinäres Team von Bereichs- und Ressortverantwortlichen in direkter Zusammenarbeit mit dem Rückmeldemanagement bearbeitet. Der Prozess beinhaltet Fallannahme und -recherche, Kontaktaufnahme mit Beschwerdeinitiant und mit verantwortlichen Personen des Bereichs, sowie mit dem Rechtsdienst gemäss den Triagekriterien des Bearbeitungsprozesses. Die Auswertung dient zur Initiierung von Verbesserungsmassnahmen, zur Definition der QM-Strategie mit dem Ziel, interne Prozesse an die veränderten Bedürfnisse des Leistungsempfängers anzupassen.

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Getränkeverfalldatum	Verfalldatumsprozess für Getränkelagerung auf den Stationen mit Visumspflicht eingeführt.	Gesamtspital	2012
Neubeschilderung	Neubeschilderung des internen Weges ins Fotostudio umgesetzt.	Gesamtspital	2012
Infrastruktur	Neue Duschkabine eingebaut.	Augenklinik	2012
Information Angehöriger	Die Information der Angehörigen nach OP sowie Prozess und Zuständigkeit wurde geklärt und neu eingeführt.	Chirurgie	2012
Empathie	Die Themen <i>Empathie</i> und <i>Kommunikation</i> wurden auf den Abteilungen jeweils fallbezogen vertieft behandelt.	Medizin	2012

D2 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?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

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

D3 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?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Bereich Med. Querschnittsfunktionen
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

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

D4 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?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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 ANQs ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: www.anq.ch

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.

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNOSO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®¹ 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: www.anq.ch und www.sqlape.com

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?					
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:					
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Interpretation ²
Intern	Extern				
					A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
<input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					
Informationen für das Fachpublikum					
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ³				
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)			
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.			
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)					
Bemerkung					
Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten					
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)		

¹ SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

² A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen.

³ 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 Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein 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. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?				
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Wertung der Ergebnisse ⁴
				A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung				
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ⁵			
Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern)		
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).		
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)				
Bemerkung				
Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten				
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)	

⁴ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen.

⁵ 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 Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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 ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende 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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		Herzchirurgie, Viszeralchirurgie, Orthopädie/Trauma

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:			10/2011-09/2012	Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen	181	5	2.8% (0.9-6.3)	6.3% (3.4-10.5)
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen				
<input type="checkbox"/> Hernienoperationen				
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	93	21	22.6% (14.6-32.4)	27.6% (19-37.5)
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)				
<input checked="" type="checkbox"/> Herzchirurgie	626	31	5.0% (3.4-7)	--
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	118	3	0.8% (0-4.6)	--
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	131	4	3.1% (0.8-7.6)	--
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)				
<input type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)				
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input type="checkbox"/> Die Messung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung				

Informationen für das Fachpublikum

⁶ 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.

Auswertungsinanz	SwissNOSO
------------------	-----------

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabelle mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁷ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre). (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatrie-Stationen, - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		427	Anteil in Prozent (Antwortrate) 74.4%
Bemerkung		Hauptgründe der Nichtteilnahme waren Verweigerung seitens der Patientinnen sowie kognitive Einschränkungen der Patientinnen.	

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

⁷ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.
 Qualitätsbericht 2012
 Universitätsspital Basel
 V6.0
 Seite 17 von 41

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁸
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.			
11	In Prozent	2.6%	
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung		Es erfolgt keine externe Publikation, die Ergebnisse werden intern kommuniziert.	

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Sturzprogramm	Sensibilisierung der Mitarbeitenden, individuelle Sturzprävention	Neurochirurgie, AGUK, ausgewählte Bettenstationen Innere Medizin	laufend
Systematische Sturzerfassung und Sturzfolgen		Bettenstationen Innere Medizin	laufend

Dekubitus (Wundliegen)

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4	56	13.1%
	ohne Kategorie 1	24	5.6%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	39	9.1%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	16	3.8%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	17	4.0%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	8	1.9%

⁸ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.
Qualitätsbericht 2012
Universitätsspital Basel

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	Es erfolgt keine externe Publikation, die Ergebnisse werden intern kommuniziert

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Dekubitus-Leitlinie	Umsetzung und Einhaltung	Alle bettenführenden Stationen	laufend
Fachressourcengruppe Dekubitus & Wunden	Wissensaktualisierung und Wissensverbreitung	Alle bettenführenden Stationen	laufend

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 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.

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

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

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.05	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.92	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.93	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.83	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.30	0 = nie 10 = immer

Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut	Dezentrales Messinstitut
<input checked="" type="checkbox"/> hcri AG	<input type="checkbox"/> hcri AG
<input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	<input checked="" type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH
	<input type="checkbox"/> ESOPE
	<input type="checkbox"/> NPO PLUS
	<input type="checkbox"/> Stevemarco sagl
	<input type="checkbox"/> QM Riedo

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im September 2012 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. - Neugeborene 	
Anzahl angeschriebene Patienten		2423	
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten		928	Rücklauf in Prozent 38.3%
Bemerkung			

F

Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	
Infektionen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
<input type="checkbox"/> 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	Einschlusskriterien

Patienten	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

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

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Anzahl Stürze und Sturzfolgen

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Neurochirurgie, AGUK, Innere Medizin

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
	Begründung		
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

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

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse		
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

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

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung Die Messung erfolgte im Rahmen der ANQ-Erhebung. Werden intern kommuniziert.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Prozessdefinition zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen	Adäquater und minimaler Einsatz von fbM	Gesamt-Spital	Seit 01/2013

F5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
Dauerkatheter	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:
<input type="checkbox"/> 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
	Ausschlusskriterien
Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten	Anteil in Prozent
Bemerkung	

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

F6 Weiteres Messthema

Messthema	Mangelernährung
Was wird gemessen?	Ernährungszustand

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
Messthema	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Mangelernährung	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	Die Messung erfolgte im Rahmen der ANQ-Erhebung.
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instruments:	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Systematisches Screening des Ernährungszustandes	Erfassung von Mangelernährungszuständen	Innere Medizin	Laufend
Programm zur Unterstützung und zur Verbesserung des Ernährungszustandes	Adäquate Nahrungszufuhr	Innere Medizin, Spezialkliniken	Seit 2013



Registerübersicht

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

Nimmt der Betrieb an Registern teil?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil.
	Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
AMIS plus	Kardiologie	Akuter Myokardinfarkt und ACS in der Schweiz MIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	03.04.2012	
AQC Daten für Qualitätssicherung	Chirurgie	Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	2009	
DÖSAK	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Das Tumorregister des DÖSAK ist ein zentrales Krebsregister für Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz zur Dokumentation von Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich. http://www.doesak.com	Seit Gründung der DÖSAK vor ca. 40 Jahren	
DeSScipher Registry	Rheumatologie	Sklerodermie-Register	2013	
EUSTAR registry	Rheumatologie	Sklerodermie-Register	2004	
EVITA-Register	Kardiologie	www.evita.ch/	29.11.2011	
Implantatregister SGPRAC	Plastische Chirurgie und Handchirurgie	Implantatregister SGPRAC (Schweizerische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie) www.plastic-surgery.ch	Seit > 20 Jahren	
Minimal Dataset SGAR	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	2007	Alle Standorte innerhalb USB
Schweizerische Lebendspender-Gesundheitsregister SOL-DHR	Nephrologie	www.lebendspende.ch/de/register_sol_dhr.php	04/1993	
SCQM	Rheumatologie	(Swiss Clinical Quality Management) Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	Nicht bekannt	USB und FPS
SGI MDSi (obligatorisch für alle anerkannten Stationen)	Intensivmedizin	Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2007	OIB + MIPS

SIRIS ⁹	Orthopädie, Traumatologie	(Schweizer Implantat Register) Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2011	
SRRQAP	Nephrologie	Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrgap.ch	Seit > 18 Jahren	
STCS, Swiss Transplant Cohort Study	Nephrologie	Nationalfondsprojekt über die 6 Schweizer Transplantationszentren, in denen die Daten aller in der Schweiz transplantierten Patienten registriert werden (Auftrag des BAG). www.stcs.ch	07/2007	
SWISSVASC Registry	Gefäss-und Transplantationschirurgie	Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	2002	USB und KS Aarau
Takotsubo-Register	Kardiologie	Takotsubo Kardiomyopathie www.kardiologie.usz.ch/LEHREU/NDFORSCHUNG/Seiten/Takotsubo_Registry.aspx	01.01.2012	
TAVI-Register	Kardiologie	Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) www.clinicaltrials.gov	06.09.2011	
Bemerkung				

H

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Akkreditierung nach DIN ISO/IEC 17025 und 15189	Labormedizin, Med.Q	2012	—	SAS
Akkreditierung nach ISO 17025 und ISO 15189	Med. Q Pathologie	2012		Akkreditierung durch die SAS - Zertifikat im Mai 2014
Anerkennung als mikrobiolog. und serolog. Labor	Labormedizin, Med.Q Infektionsserologie, Klinische Chemie, Klinische Mikrobiologie	2005	2010	Swissmedic
Ausbildungslabor für Liquordiagnostik und Klin. Neurochemie	Labormedizin, Med.Q Klinische Chemie, Proteinlabor	2010	—	Dt. Ges. für Liquordiagnostik und klin. Neurochemie e.V.
Berufsbildner/innen Kurs	Bildung und Entwicklung	2010		Leistungsvereinbarung mit Erziehungsdepartement BS

⁹ 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.

				Fachstelle Berufsbildung
Bewilligung z. Durchf. mikrobiol. od. Serol. Untersuchungen an Blut, Blutprodukten, (...) z. Erkennung übertragbarer Krankheiten im Hinblick auf eine Transfusion, Transplantation oder Verarbeitung	Labormedizin, Med.Q Klinische Mikrobiologie	2005	2010	Swissmedic
Bewilligung zur Herstellung von Transplantatprodukten	Labormedizin, Med.Q Diagn. Hämatologie, GMP-Labor	2011	—	Swissmedic
Bildungsgang Anästhesiepflege NDS HF	Bildung und Entwicklung	2012		Anerkennung durch Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT)
Bildungsgang Intensivpflege NDS HF	Bildung und Entwicklung	2012		Anerkennung durch Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT)
Bildungsgang Notfallpflege NDS HF		2012		Anerkennung durch Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT)
CSV	Betrieb-Medizinsystemen	2002	—	IH-Tool - Verwaltung Medizinsystemen und Anlagen
Eduqua	Weiterbildung	2011	2012	Qualitätslabel, Anerkennung durch Schweiz. Vereinigung für Qualitäts- und Management Systeme (SQS)
EFI Akkreditierung	Labormedizin, Med.Q Diagn. Hämatologie, Molekulare Diagnostik	2005	2011	EFI Accreditation Office, Leiden, NL
EFQM	Hotellerie	2005	2010	
EFQM	Medizinische Querschnittfunktionen	2004	2010	
European board and College of Obstetrics and Gynaecology & European Society of Human Reproduction and Embryology	Frauenklinik	2011		Akkreditierung der Abteilung Reproduktionsmedizin als European Centre in Reproductive Medicine, gültig bis 2016
Good Laboratory Practice GLP	Labormedizin, Med.Q	1997	2010	Swissmedic
GUMG Betriebsbewilligung	Labormedizin, Med.Q Hämatologie, Molekulare Diagnostik	2009	—	Swissmedic
ISO 9001:2008	Lungenzentrum	2010	—	Als erstes universitäres, interdisziplinäres Lungenzentrum der Schweiz für Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Lunge und des Thorax erhält das Behandlungszentrum Lunge des Universitätsspitals Basel

				das international anerkannte ISO 9001:2008 Qualitätsmanagementsystem-Zertifikat
ISO 9001:2000 und ISO 13485:2003	Zentralsterilisation	2008	2011	jährliche externe Audits durch Swiss TS
JACIE	Hämatologie	2009	2009	Hämatopoetische Zellen Transplantation (HZTx)
JACIE Akkreditierung	Labormedizin, Med.Q, Diagn. Hämatologie, Stammzellen	2005	2011	JACIE Accreditation NL
LGA InterCert Zertifizierungsgesellschaft: Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2000 für Reproduktionsmedizin	Frauenklinik	2004	2007	DIN EN ISO 9001:2000, gültig bis 2014
METAS / SAS - Prüfstelle	Gynäkologische Endokrinologie / Reproduktionsmedizin	2005	2010	ISO/IEC 17025
NNPN-zertifizierte Ausbildungsorganisation (Nationales Netzwerk Psychologische Nothilfe)	Bildung und Entwicklung	2008	2012	Anerkennung durch NNPN
Qualitätslabel Brustzentrum der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie	Medizin	2011	2012	Gültig bis 2016
SAP / CCC	Unternehmen USB	2005	2010	Vertrag 6054147 - SAP
Schweizerische Akkreditierungsstelle: nach Norm ISO/IEC 17025 und ISO 15189	Frauenklinik	2005		Akkr. Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, gültig bis 2015
Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin	Frauenklinik	2008		Gültig bis 2011
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle, Norm ISO IEC 17020, ISO IEC 34-1 ILAC G-13	Dermatologie	2009	—	Forderungen der QUALAB: Zertifikat für das Labor
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle: Norm ISO CEI 17043 und QUALAB-Vorgaben	Dermatologie	2009	2012	Zertifikat 2012 für die externe Qualitätskontrolle für das Labor
Stammzellen Lagerung Betriebsbewilligung	Labormedizin, Med.Q Diagn. Hämatologie Stammzellen ZEA (Klinik)	2008	2012	Swissmedic
SVEB-Zertifikat (Stufe 1)	Bildung und Entwicklung	2011		Gültig bis 2017; Zertifikat von Ausbildung der Auszubildenden AdA
SWISS TS	Zentralsterilisat. Universitätsspital	2008	2011	Qualitätsmanagement für Medizinprodukte

	Basel			ISO 9001:2000 ISO 13485:2003 Reg.# 08-279-065
SWISSMEDIC - Bewilligung	Spital-Pharmazie	2007	2007	zur Herstellung von Arzneimitteln
World Health Organization UNICEF: Auszeichnung als stillfreundliches Hospital	Frauenklinik	2004	2011	Gültig bis 2014

H2 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)
Bereich Chirurgie			
Prospektive Multicenterstudie Antibiotikaphylaxe und Wundinfektionen	Einfluss des Zeitpunktes der AB Prophylaxe auf Wundinfektrate	Allg. Chirurgie/Viszeralchirurgie	
Behandlungsschemata für Herz-, Gefäss- und Thoraxchirurgische Patienten	Einheitliche Vorgehensweise zur prä- und postoperativen Behandlung	Pflege	
Teilnahme Peer Review IQM	Gesamtanalyse Prozess und Ergebnisqualität	Herzchirurgie	2012
Projekt "Störungsfreies Richten und sichere Abgabe von Medikamenten"	Erarbeitung einer lokalen Pflegerichtlinie, die für alle Bettenstationen der Chir. Gültigkeit hat.	Pflege	
Projekt Pflegeprozessplanung "patientenorientierte Pflege", Teilprojekt "Festlegen von Pflegezielen"	Pflegeteam Chir. bietet seinen Pat. eine patientenorientierte, individualisierte Pflege an, angestrebt werden die Steigerung der Patientenzufriedenheit sowie bessere Outcomes.	Pflege	
Projekt Sturzerfassung bei Neurochirurgischen Patienten	Erkennen von systemischen Zusammenhängen zur Reduktion des Sturzrisikos.	Pflege	
Leitlinie Wundmanagement	Systematische Anwendung der Wunddokumentation	Pflege	
Bereich Innere Medizin			
Einführung des Visitenstandards gesamte Medizin	Verbesserung der Ablaufstrukturen und der fachlichen Kommunikation in kooperativer Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden, Verbesserung der Visitenkommunikation mit dem Patienten.	gesamter Bereich	laufend
Einführung der Assistenten	Einführung neuer Assistenten in die Arbeitsweise der Inneren Medizin und der Interaktionsprozesse von Ärzten und Pflegenden	gesamter Bereich	laufend
Verbesserung der Austrittsplanung	Casemanagement, Optimierung des Hospitalisations- und Austrittsprozesses	gesamter Bereich	laufend
Austrittsplanung und -information	Verbesserung des Austritts und Umsetzung des Austrittsstandards USB (z.B. Einbindung Pharmazie für bessere Information bez. Nebenwirkungen)	gesamter Bereich	Beginn Klinik Innere Medizin (abgeschl. 2012) Neurologie und NF-Bettenstation (Beginn 2012)

Einführung Kommunikationsmodell SBAR	Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation	Notfallstation	Seit Juni 2012
Schmerzprojekt	Konzept zu chronisch Schmerzmanagement und Schulung	gesamter Bereich	Seit Juni 2012
Med. Schulung für nierentransplantierte Patienten (mit Informationsmappe)	Kontinuität in der pflegerischen Versorgung der PAT; fachliche Information der Patienten	Med. 7.1 und 7.2	Projekt 2012 geplante Evaluation 2013
METAP, modulare ethische therapeutische Entscheidungsfindung	Ethische Überprüfung der therapeutischen Massnahmen Ressourcenallokation	Isolierstation	Pilotprojekt AGUK und MIPS (abgeschlossen 2012) Seit 2012 Isolierstation
Gemeinsame Verordnung auf elektronische Basis	Effizienzsteigerung im Behandlungsprozess (shared decision making) Vermeidung von Fehlern Gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Ärzten und Pflegenden	Isolierstation	2012 abgeschlossen
Bereich Spezialkliniken			
Evaluation Wechsel Pflegesystem durch IzEP	Ablösung funktioneller Pflege durch kontinuierlichen Pflegeprozess	Augenklinik	Beendet (... bis 2012)
Einführung Skill Grad Mix auf Basis der erforderlichen pflegerischen Kompetenzen	Effizienter Ressourceneinsatz durch Anpassung Kompetenzprofile Pflegenden auf Patientenbedürfnisse	Augenklinik	Beendet (... bis 2012)
Einführung neues Pflegerapport-System auf der Bettenstation	Optimierung des Infoflusses zwischen den Pflegeschichten und Patienten bei gleichzeitiger Effizienzerhöhung	Augenklinik	Beendet (... bis 2012)
Überarbeitung Konzept für pflegerische Eintrittsanamnese	Prozessverbesserung beim Eintritt	Augenklinik	Okt. 2012 - Dez. 2012
Einführung und Schulung Pflegepersonal zur Dekubitus-Leitlinie	Erhöhung Fachkompetenz Pflege	Augenklinik	Aug. 2011 - Aug. 2012
Erstellung eines Edukations- und Betreuungsprogramms (chronic care model) für Menschen mit chronischen Wunden.	Qualitätssteigerung in der Behandlung, Verbesserung Patientenzufriedenheit durch Möglichkeit zum Selbstmanagement	Dermatologie	Jan. 2012 - 2015
Erstellung und Implementierung einer elektronischen Wunddokumentation inkl. fotografischer Dokumentation	Qualitätssteigerung in der Behandlung durch bessere Verfügbarkeit der Wunddokumentation	Dermatologie	2012 - 2014
Überarbeitung und Implementierung der internen interprofessionellen Ein- und Austrittschecklisten	Qualitätssteigerung und Erhöhung der Patientenzufriedenheit durch verbesserte Prozesseffizienz	Dermatologie	2011 - 2013
Implementierung des Delirmanagement	Professionalisierung der Pflege und Erhöhung der Patientensicherheit	Dermatologie	2012 - Dez. 2013
Bildung der "Arbeitsgruppe Pflegeteam" (Prozesse und Kommunikation)	Qualitätssteigerung durch optimierte Zusammenarbeit im Pflegeteam	Dermatologie	Jul. 2012 - Dez. 2013
Projekt Raumoptimierung Dermatologische Poliklinik	Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit Erhöhung der Patientenzufriedenheit durch Optimierung der Prozesse und Abläufe im ambulanten Bereich	Dermatologie	2012 - 2013
Optimierung des Info-Abends für werdende Eltern	Bessere Information und stärkere Einbindung der werdenden Eltern	Frauenklinik	2012
Einrichten eines geburtshilflichen Notfallwagens samt Schemas und	Effizientere Abläufe bei geburtshilflichen Notfällen und	Frauenklinik	2012

Medikamenten ("EMMA", Emergency Material)	Reanimationen sicherstellen		
Konzept ambulantes Management nach vorzeitigem Blasensprung	Verkürzung von Wartezeiten und Steigerung der Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	Sep. 2012- Dez. 2013
Konzept zur selbständigen Durchführung der Schwangerschaftskontrollen (am Termin) durch Hebammen in der Geburtsabteilung	Verkürzung von Wartezeiten und Steigerung der Patientenzufriedenheit durch effizientere interdisziplinäre Abläufe	Frauenklinik	Aug. 2012- Dez. 2013
Erstellung eines Kriterienkatalogs zur Entscheidungsfindung und Vorgehensweise zur Verlegung von Schwangeren in anderes Spital	Sicherstellen einer qualitativ hochwertigen Betreuung bei Überbelegung und Überbelastung in der Geburtsabteilung	Frauenklinik	2012
Einführung neues Pflegerapport-System auf der Schwangerenabteilung	Optimierung des Infolusses zwischen den Pflegeschichten und Patienten bei gleichzeitiger Effizienzerhöhung	Frauenklinik	2012
Evaluation: Wöchnerinnenbetreuung	Qualitativ gute Betreuung von Wöchnerinnen auf der Gynäkologie, entsprechend den Qualitätsstandards der Mutter-Kind-Abteilung	Frauenklinik	Okt. 2012 - April 2013
Überarbeitung Konzept Einarbeitung neuer Mitarbeiter	Standardisierte Arbeitsabläufe, qualitativ hochstehendes Fachwissen, Mitarbeiterförderung und -bindung	Frauenklinik	Jan. 2012 - Sept. 2012
Überarbeitung des Erstgesprächsbogen und Schulung des Pflegepersonals in der Gynäkologie	Prozessverbesserung beim Eintritt	Frauenklinik	Jan. 2012 -
Einrichten und durchführen einer ambulanten, präoperative gynäkologischen Sprechstunde in Zusammenhang mit der präoperativen Anästhesiesprechstunde	Optimierung der Abläufe, Wegfall der präoperativen Hospitalisation und Erhöhung der Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	Mär. 2012 - Okt. 2012
Einführung neues Pflegerapport-System auf der Bettenstation Gynäkologie	Optimierung des Infolusses zwischen den Pflegeschichten und Patienten bei gleichzeitiger Effizienzerhöhung	Frauenklinik	Dez. 2011- Febr.2012
Überarbeitung und Einführung der interdisziplinären Austritts-Checkliste	Stringentes Austrittsmanagement, Erhöhung der Patientenzufriedenheit und -Sicherheit	Frauenklinik	Feb. 2012 - April 2012
Einführung einer Kaizen-Gruppe im Pflegeteam der Frauenpoliklinik	Etablieren eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses mit Fokus Kundenzufriedenheit	Frauenklinik	Mai 2012 - Dez 2012
Erstellung schriftlicher diagnosebezogener Austrittsinformationen für Patienten nach Standardeingriffen (DAPS)	Bessere Patienteninformation zu Austritt und damit sicherer Übergang von Spitalaufenthalt zu daheim	HNO	2012-2014
Konzept zu Alkohol-Delir-Management	Erkennen und bedarfsgerechte Behandlung von operativen HNO Tumorpatienten mit Risiko für ein Alkoholdelir	HNO	2012-2013
Ausarbeitung der Grundlagen und Einführung eines standardisierten Triagierungsprozesses von ambulanten Notfallpatienten in der HNO Poliklinik	Standardisierter Triagierungsprozess von ambulanten Notfallpatienten in der HNO Poliklinik etabliert	HNO	2012-2014
Konzepterstellung und Einführung von Qualitätszirkeln in den PatientenServices-Abteilungen	Etablieren eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses mit Fokus Kundenzufriedenheit	Augenklinik Dermatologie Frauenklinik HNO	Jan. 2012 - Jun. 2012
Bereich Med. Querschnittsfunktionen			
EFQM-Excellence Modell	Nachhaltige und ganzheitliche Unternehmensführung nach dem EFQM-Excellence Modell. Angestrebt wird Zertifizierungslevel C2E oder R4E	Med. Q Pathologie	2012 - 2015
CRM	Die Pathologie implementiert im	Med.Q	begonnen, laufender

	Rahmen der Kundenorientierung ein Customer Relationship Management. Kundensegmentierung, -pflege, -bindung, -akquirierung und Befragung sind neben der Etablierung eines Beschwerdemanagements angestrebte Ziele, welche durch eine CRM-Software unterstützt werden sollen.	Pathologie	Prozess
CIRS	Einführung des spitalweiten Critical Incident Reporting System	Med.Q Pathologie	2012 - 2013
Jahresbericht Pathologie	Ab 2011 erstellt die Pathologie einen professionell gestalteten Jahresbericht, der sich vornehmlich an bestehende und potenziell neue Zuweiser richtet. Dies als Teil der umfassenden Kundenorientierung	Med.Q Pathologie	laufender Prozess
Elektronische Spracherkennung	Nach der bereits erfolgten Etablierung des digitalen Diktats soll nun die elektronische Spracherkennung eingeführt werden. Damit soll einerseits die <i>turn around-Zeit</i> verringert werden und andererseits der <i>skill match</i> in der Abteilung „Administration&Support“ optimiert werden	Med.Q Pathologie	begonnen
Implementierung EFQM	Umsetzung der Excellence Philosophie	Anästhesiologie	laufend
Ausbau OP-und OIB-Kapazität	Rekrutierung / Weiterbildung aller betroffenen Berufsgruppen	Anästhesiologie	laufend
	Sanierung OP-Ost / OIB	Anästhesiologie	bis 2016
CIRS	Fehlerkultur / Patientensicherheit	Anästhesiologie	laufend
OP-Management	Optimierung OP-Prozesse / Teilprojekte	Anästhesiologie	laufend
Patientenbefragung ANA / OIB	Qualitäts-Controlling	Anästhesiologie	laufend
Praxisentwicklung Pflege	Portfolioziele Intensiv- / Anästhesie- / OP-Pflege	Anästhesiologie	laufend
PAS	Optimierung Prozesse	Anästhesiologie	2013
Reduktion Wartezeiten der Notfallpatienten	Erhöhung Patientenzufriedenheit	Anästhesiologie	2013
Umbau MRI-Zone	Optimierung der Patientenströme und der Arbeitsabläufe. Patientenfreundlichere Gestaltung der Räume, auch zur Wahrung der Diskretion.	Radiologie und Nuklearmedizin	begonnen
Implementierung Medical Connector zur online Übermittlung von Bilddaten	Einfache und schnelle Übertragung radiologischer Bilder mit anderen Spitätern	Radiologie und Nuklearmedizin	abgeschlossen
Anbindung bildgebender Geräte von Abteilungen ausserhalb der Radiologie an PACS	Speicherung der Bilddaten aller bildgebenden Geräte des USB im PACS. Dadurch Optimierung der medizinischen Dokumentation.	Radiologie und Nuklearmedizin	begonnen
Optimierung der CT-Protokolle zur Minimierung der Strahlenexposition	Verringerung der Strahlenexposition der Patienten bei CT-Untersuchungen im Sinne des ALARA-Prinzips (As Low As Reasonably Achivable)	Radiologie und Nuklearmedizin	laufend
Einführung der Kollaborationsplattform Sharepoint	Optimierung der einheitsinternen Kommunikation und Dokumentation	Radiologie und Nuklearmedizin	begonnen
CIRS	Einführung des spitalweiten Critical Incident Reporting Systems in der Radiologie und Nuklearmedizin	Radiologie und Nuklearmedizin	abgeschlossen
Spracherkennung Nuklearmedizin	Umstellung der Nuklearmedizin auf digitale Spracherkennung.	Radiologie und Nuklearmedizin	abgeschlossen

	Dadurch können Befundlaufzeiten verkürzt und Effizienzgewinne realisiert werden.		
Elektronischer Versand von Befundbriefen	Befunde sollen zukünftig als PDF per E-Mail über eine gesicherte Verbindung an alle Zuweiser übermittelt werden.	Radiologie und Nuklearmedizin	laufend
Umbau Bürozone	Optimierung der Arbeitsplatzsituation.	Radiologie und Nuklearmedizin	abgeschlossen
Optimierung Arbeitszeitenregelung Radiologen	Durch gezielte Massnahmen soll die Arbeitszeitsituation in der Ärzteschaft der Radiologie und Nuklearmedizin optimiert werden. Dadurch soll die Mitarbeiterzufriedenheit erhöht und kostentreibende Überzeiten vermieden	Radiologie und Nuklearmedizin	abgeschlossen
Report Bildqualität auf Basis Online-Formular	Verbesserung der Bildqualität	Radiologie und Nuklearmedizin	laufend
Strahlendosis-Management	Nachhaltige Minimierung der Strahlenexposition durch transparente Darstellung, Dokumentation und Analyse der Dosisdaten.	Radiologie und Nuklearmedizin	begonnen
Digitalisierung konventionelles Röntgen	Vollständige Digitalisierung der konventionellen Bildgebung. Dadurch Effizienzgewinne, durch schnellere Bildgebung und geringere Strahlenbelastung der Patienten.	Radiologie und Nuklearmedizin	begonnen
Optimierung Strahlenschutz in der Angiografie durch Gerätemodernisierung, Änderung der Untersuchungsprotokolle und Mitarbeiterschulung	Reduzierung der Strahlenbelastung der Patienten	Radiologie und Nuklearmedizin	abgeschlossen
Einführung eines Dokumentenmanagementsystems inkl. Changemanagement in der radiopharmazeutischen Chemie	Optimierung der Prozesse als Voraussetzung der Erfüllung der Anforderungen der cGRPP-Richtlinien	Radiologie und Nuklearmedizin	laufend
Einbau eines neuen Modules für die Herstellung von Ga-68 PET-Tracern	Reduzierung der Ausfälle und Probleme bei der Radiomarkierung	Radiologie und Nuklearmedizin	laufend
Einführung eines Radioonkologie-Informationssystems	Optimierung der Arbeitsabläufe durch Digitalisierung der Terminplanung, medizinischen Dokumentation und Leistungsabrechnung.	Radiologie und Nuklearmedizin	begonnen
Einführung der dynamischen intensitätsmodulierten Strahlentherapie (dIMRT)	Zügigere Strahlentherapie bei gleichzeitiger Dosisreduzierung im Patienten.	Radiologie und Nuklearmedizin	begonnen
Qualitätssicherung Strahlensicherheit diagnostischer radiologischer Geräte für externe Spitäler und Institute	Effiziente Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung durch Dienstleistungsangebot an andere Spitäler und Institute.	Radiologie und Nuklearmedizin	begonnen
Einführung des CIRS in der Spital-Pharmazie	Implementierung von CIRS in der Spital-Pharmazie	Spital-Pharmazie	abgeschlossen
Validierung des Einschleuseprozederes von Materialien in Sterilräume	validiertes Vorgehen bei der Desinfektion	Spital-Pharmazie	abgeschlossen
Einführung und Qualifizierung eines automatischen Kapselsortierers	100% Gewichtskontrolle der defekturemässig hergestellten Kapseln	Spital-Pharmazie	abgeschlossen
Validierung der Abreinigung von Partikeln und Endotoxinen mittels der neuen Gebindewaschanlage	validierte Aufbereitung von Primärpackmitteln für die Sterilherstellung	Spital-Pharmazie	abgeschlossen
Implementierung der elektronischen Verordnung von Zytostatika durch den Arzt im CATO-System	Medienbruch-freier, Computer-unterstützter Prozess von der Verordnung bis zur Herstellung von Zytostatika	Spital-Pharmazie	abgeschlossen
Logistik von Laborreagenzien	Optimierung der Logistik, Datenflüsse und Einkaufskonditionen von Reagenzien	Spital-Pharmazie	laufend

Strukturierte Patienteninformation für Patienten mit Nierentransplantation	verbesserte Adherence der Patienten durch pharmazeutische Information bei komplexen Therapieschemen	Spital-Pharmazie	abgeschlossen
Journals of Hand Therapy	internationaler Standard bei Patienten in der Handrehabilitation zu halten.	Therapie-Dienste Physiotherapie	laufend
Behandlungskonzept	Behandlungsrichtlinien der häufigsten Diagnose werden standardisiert, um Abläufe auf allen Stationen zu erleichtern	Therapie-Dienste Physiotherapie	laufend
Reorganisation PT Medizin, infrastrukturell und Einteilung der Therapie auf Abteilung	Ressourcenoptimierung, es stehen weniger Räume zur Verfügung, Patienten auf der Medizin sind intern anders verteilt	Therapie-Dienste Physiotherapie	Okt. 2012 - Mai 2013
Schulung von Pflegenden auf der <i>stroke unit</i> in der Anwendung von ASSIST Schluck-screening	sachgemässe Durchführung des Screenings durch die Pflegenden	Therapie-Dienste Physiotherapie	laufend
Überarbeiten der Schemata Nachbehandlung der Sehnenverletzungen, Evidenz basiert hinterlegt	zeitgemässe evidenzbasierte Behandlungen von Sehnenverletzungen an der Hand	Therapie-Dienste Physiotherapie	Jan. 2012 - Dez. 2012
Leitfaden für Armmobilisation von Hemiplegikern	standardisierte Prozesse	Therapie-Dienste Physiotherapie	laufend
Bereich Personal und Betriebe			
Einführung CIRS	Systematische Erfassung kritischer Fehler im Bereich Betrieb	Bereich Personal und Betriebe	eingeführt
Optimierung Reinigung	Ersatz des ehemaligen Bodenreinigungssystems durch ein effizienteres und ergonomischeres System.	Bereich Personal und Betriebe	eingeführt
Hygieneschulung Hotellerie alle MA fortlaufend durchs ganze Jahr (Neueintritt etc.)	Sensibilisierung der MA auf Sauberkeit und Nachhaltigkeit	Bereich Personal und Betriebe	eingeführt
Ressort Med. Prozesse und Qualität			
Permanente Patientenbefragung: Entwicklung eines spanischen Fragebogens	Erhöhung der Beteiligung von Pat mit Migrationshintergrund	Ressort Med. Prozesse und Qualität	2012 bis 2013
Critical Incident Rating System, CIRS	Konzeption CIRS Schulung	Ressort Med. Prozesse und Qualität	
Rückmeldungsmanagement		Ressort Med. Prozesse und Qualität	
Ressort Pflege/ MTT			
Minimalstandard freiheitsbeschränkende Massnahmen: Beschreibung des Ablaufprozesses und Dokumentation	Ein Mindeststandard zu Entscheidungsprozess, Überwachung und Dokumentation beim Einsatz mechanischer freiheitsbeschränkender Massnahmen (FBM) wie Bettgittern, Gurten, Pflegedecken wurde erarbeitet und wird zurzeit pilotiert.	Ressort Pflege/ MTT	laufend
Delir-Management: Alle über den Notfall eintretenden Patienten werden mittels eines Aufmerksamkeitstest auf Frühsymptome getestet. Die in diesem Screening auffälligen Patienten erhalten ein gezieltes Assessment mittels Mental Status Questionnaire und Confusion Assessment Method. So können Risiko- und delirante Patienten frühzeitig erkannt und entsprechende Interventionen eingeleitet werden.	Zur Erkennung von Risikopatienten für ein Delir und delirante Patienten wurde das Basler Demenz-Delir-Programm auf die Notfallstation ausgeweitet und den besonderen Bedingungen angepasst.	Ressort Pflege/ MTT	laufend

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitlel		
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel		
Beschreibung		
Projekttablauf / Methodik		
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?	
	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
Involvierte Berufsgruppen		
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

I

Schlusswort und Ausblick

Der Weg zum Erfolg eines Systems ist eng verknüpft mit Strategien, die auf ständige Leistungsverbesserung ausgerichtet sind, indem sie die Erfordernisse aller interessierten Parteien berücksichtigen. Seit dem Aufbau des Qualitätsmanagements im USB steht die Darstellung der Messergebnisse von Indikatoren im Mittelpunkt. An ihnen können sich zum einen die Leistungserbringer selbst orientieren, also die Ärzteschaft, Pflegende und alle anderen Berufsgruppen, die direkt oder indirekt am Behandlungsprozess beteiligt sind. Zum anderen sind die Messergebnisse für die Öffentlichkeit gedacht, also für Laien, potenzielle Patienten oder für ein interessiertes Fachpublikum, um Transparenz als wichtigen Bestandteil einer kritischen Auseinandersetzung des Spitalmanagements mit den eigenen Erfolgsfaktoren darzustellen.

Die Herausforderungen der nächsten Zeit liegen darin, eine Qualitätskultur zu schaffen, in der die Entwicklung der Ergebnisse zum Anlass genommen wird, die dezentralen Qualitätsmanagementstrukturen und die Eigenverantwortung für die spezifischen fachlichen Ansprüche zu stärken. Die Weiterentwicklung des *Peer-Review-Verfahrens* in der Verantwortung der Leistungserbringer sowie die Anwendung des PDCA-Zyklus sind dabei wichtige methodische Schritte. Eine weitere Herausforderung liegt darin, die Schnittstellen in den Prozessabläufen zu beherrschen. Mit der Einführung des Case Managements ist das USB hier auf einem guten Weg. Zur Überwindung von Schnittstellen gehört aber auch die Erstellung, Implementierung und Evaluation prozessübergreifender Qualitätsstandards innerhalb des Spitals. Das bedeutet, über die berufsgruppenspezifischen Besonderheiten hinaus das Zusammenspiel der am Prozessablauf Beteiligten zu fordern und zu fördern. Eine permanente Herausforderung bleibt nicht zuletzt die Gewährleistung von Sicherheit für den gesamten Behandlungsprozess und die Wahrnehmung der individuellen Bedürfnisse, Sorgen und Befürchtungen unserer Patienten. Sie am Behandlungsprozess zu beteiligen, bedeutet neben aller Expertise, die das USB zur Verfügung stellt, ein fortwährendes Bemühen um die Verbesserung der Kommunikation. Das Leitbild des USB ist hierbei ein wichtiger Kompass auf dem Weg zur Exzellenz.

J

Anhänge