

Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+

Version 7.0



Akutsomatik

Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
4031 Basel

Freigabe am: 17.06.2014
durch: Prof. Dr. med. Michael Heberer, Mitglied der Spitalleitung

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und 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	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	2
	B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013	4
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements.....	5
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	6
	C1 Angebotsübersicht	6
	C2 Kennzahlen 2013	8
D	Zufriedenheitsmessungen	9
	D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	9
	D2 Angehörigenzufriedenheit	12
	D3 Mitarbeiterzufriedenheit.....	13
	D4 Zuweiserzufriedenheit	14
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	15
	E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	15
	E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	16
	E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	17
	E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso	18
	E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	20
	E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik	23
	E1-7 SIRIS Implantatregister	24
	F1 Infektionen (andere als mit Swissnoso)	25
	F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	26
	F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	27
	F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	28
	F5 Dauerkatheter	29
	F6 Weiteres Messthema	30
G	Registerübersicht	31
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	34
	H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	34
	H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	37
	H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte	50
I	Schlusswort und Ausblick	51
J	Anhänge	52

A

Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013, Universitätsspital Basel, wertvolle Informationen liefern zu können.

Das Universitätsspital Basel für beste medizinische Behandlungen und patientenorientierte Betreuung, fördert Innovationen und zeichnet sich durch hervorragende Lehre und Forschung aus.

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 der Leistungsentwicklung des USB.

Seit 2010 werden am USB alle stationären Patienten bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt befragt. Die Ergebnisse dieser Befragung werden halbjährlich intern publiziert. Das Qualitätsmanagement beschäftigt sich seither systematisch und verstärkt mit der Ursachenanalyse und dem Prozess der kontinuierlichen Verbesserung, welche auf Grundlage der Befragungsdaten entwickelt werden soll.

Das Qualitätsmanagement zieht weitere Qualitätsindikatoren hinzu, die beitragen sollen, hohe Sicherheit im Behandlungsprozess zu garantieren und Patientinnen und Patienten in den Reflexionsprozess des Leistungsangebotes einzubeziehen. Dazu gehört auf individueller Ebene das systematische *Rückmeldemanagement*.

Wichtig ist, dass Patientinnen und Patienten den Eindruck gewinnen, im Universitätsspital Basel nach neuesten Erkenntnissen behandelt und trotzdem als Individuum wahrgenommen zu werden. Gute Aufklärungs- und Informationsqualität soll ihnen dabei helfen, 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 entspricht den Vorgaben des KVG und des Gesundheitsdepartement Basel-Stadt.

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die von der Spitalleitung beschlossenen Qualitätsziele resultieren aus den strategischen Zielen und fokussieren für 2013 folgende Themengebiete:

Hohe Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit gewährleisten

Die Patientenzufriedenheit liegt im Fokus jedes Mitarbeitenden am USB. Wir messen die Patientenzufriedenheit kontinuierlich und leiten Massnahmen zur Verbesserung ein.

Die Sicherstellung der Patientensicherheit ist oberstes Gebot für jeden Mitarbeitenden am USB. Dies bilden wir in unseren Prozessen ab, d.h. wir überprüfen die Prozesse regelmässig im Hinblick auf die Sicherstellung der Patientensicherheit und nehmen bei Bedarf Prozessanpassungen vor.

Ethisches Handeln in den Behandlungsprozessen fördern

Wir richten unser Handeln nach ethischen Grundsätzen aus. Medizinethische Fragestellungen werden durch unseren Ethik-Beirat kompetent beantwortet und fliessen als Standard in die Prozesse ein.

Unser Handeln orientiert sich zudem an den in der Broschüre „Unsere Werte“ dargelegten Grundsätzen.

Patientenprozesse durchgängig und transparent gestalten

Wir stellen sicher, dass der Patient rechtzeitig über alle zu erwartenden Schritte im Zusammenhang mit seinem Aufenthalt im USB informiert und aufgeklärt ist.

Der Patientenprozess orientiert sich an den Erfordernissen, die zur Heilung bzw. Linderung eines Leidens erfüllt sein müssen.

Erfolgskritische Prozesse und Ressourceneinsatz optimieren

Wir konzentrieren uns im Thema Prozessoptimierung auf die erfolgskritischen Prozesse. Bei der Prozessgestaltung berücksichtigen wir die Gewährleistung der Patientensicherheit. Wir optimieren die kritischen Ressourcen laufend.

USB weites Prozessmanagement und Qualitätsmanagement weiterentwickeln

Wir stellen durch ein USB-weites Prozessmanagement sicher, dass die Tätigkeiten im USB transparent, abgestimmt, durchgängig und effizient ausgeführt werden. Schnittstellen sind beschrieben und Rollen (Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten) klar zugeteilt, adressierbar und gelebt.

Unser Qualitätsmanagement garantiert, dass die Themen Qualität und Sicherheit innerhalb unserer Prozesse ausreichend berücksichtigt, die Qualitätskennzahlen erhoben und Massnahmen realisiert werden.

Hinsichtlich der Qualitätskennzahlen orientieren wir uns an den Vorgaben der (nationalen) Qualitätsratings, um unser Ziel erreichen zu können, zu den führenden Spitälern der Schweiz zu gehören.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

Im Fokus der Bemühungen des Qualitätsmanagements standen die folgenden Themen

- (1) Permanente stationäre Patientenbefragung: die Systematisierung und Verbesserung des Befragungsablaufs, die Integration des ANQ Fragebogens (5 Fragen) zur nationalen Patientenbefragung in den elektronisch gesteuerten Ablauf der Permanenten 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 Bewertung der Wiederkommenswahrscheinlichkeit (>80%) ablesen lassen. Ergänzend zur stationären Patientenbefragung wurde die Befragung für ambulante Patienten konzipiert.
- (2) Flächendeckende Nutzung des CIRS-Systems im Gesamtspital: die Erstellung eines Jahresberichtes über die Eingabe der CIRS Meldungen und eingeleiteter Massnahmen durch das CIRS Leitungsgremium und strukturierte Schulung aller Neueintretender und Interessierter durch das Ressort Med. Prozesse und Qualität, RMPQ.
- (3) Leistungsdaten und Mortalitätsraten: Die Organisation und Durchführung eines zweiten Peer-Review-Verfahrens für eine Fachklinik, in Zusammenarbeit mit einem IQM Expertengremium aus Deutschland.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

- (1) Konzeption permanente ambulante Patientenbefragung analog permanente stationäre Patientenbefragung.
- (2) Qualitätsmessungen (ANQ nat. Patientenbefragung, sowie Sturz und Dekubitus).
- (3) Start des Projektes „Progress! Sichere Chirurgie“ in Zusammenarbeit mit der Stiftung für Patientensicherheit.
- (4) Implementierung einer Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz in der Herzchirurgie.
- (5) CIRS Anwendung im Gesamtspital.
- (6) Image-Kampagne „Sag's Linda“: Miteinbezug der Wahrnehmung des USB durch die Bevölkerung mit dem Ziel der Verbesserung der Dienstleistungsqualität

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Implementierung der ambulanten permanenten Patientenbefragung.
- Einführung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zur Patientenzufriedenheit unter Einbezug der Kennzahlen der stationären permanenten Patientenbefragung und weiteren Qualitätskennzahlen sowie der strategischen Qualitätsziele der Spitalleitung.
- Umsetzung einer Massnahme zum Schnittstellenmanagement (Vorgabe Gesundheitsdepartement BS)
- Medikationssicherheit – Drugsaftey@usb
- Peer Review Verfahren zur weiteren Professionalisierung von Behandlungsprozessen
- Nationale Qualitätsmessungen
- Implementierung WHO-Checkliste aus dem Projekt „Progress! Sichere Chirurgie“
- Spitalweite Mitarbeiterbefragung
- Schnellere Reha-Verlegung
- Aufbau eines Zuweisercenters
- Optimierung der Grösse der Bettenstationen unter Einhaltung hoher Qualität und Effizienzsteigerung
- Kontinuierliche Identifikation von dekubitusgefährdeten Patienten auf allen Bettenstationen

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 2011: CIRS-Monitoring
- seit 2012: Schnittstellenmanagement

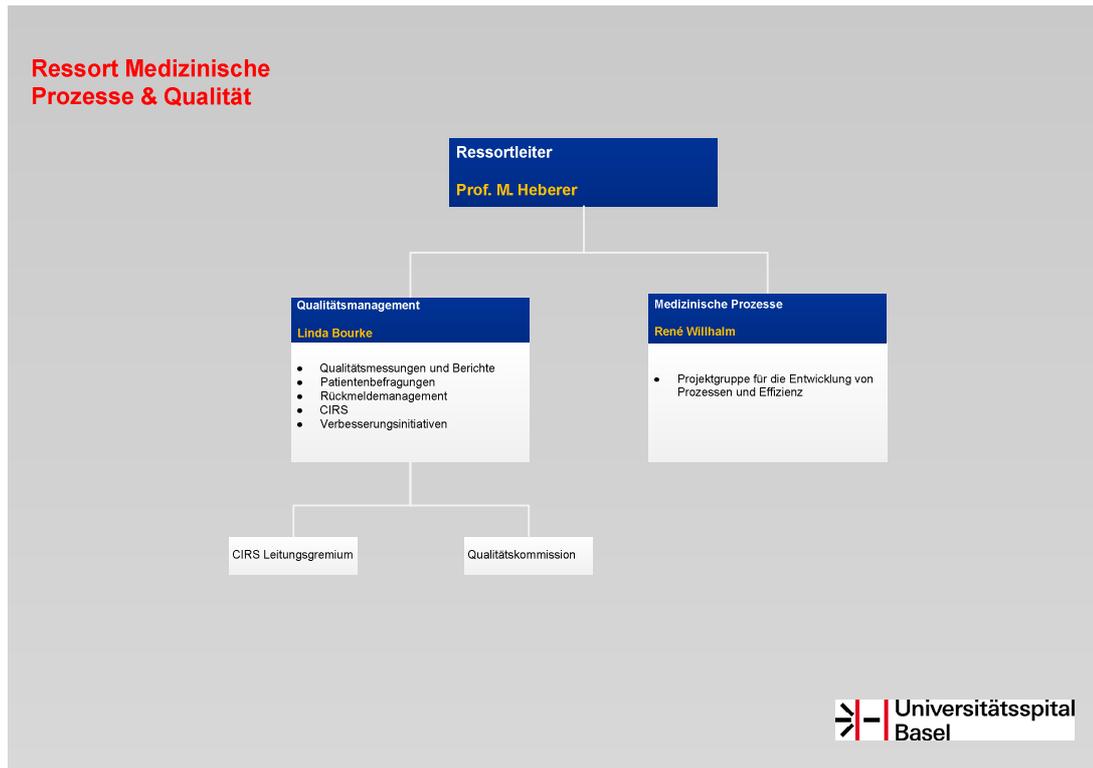
und den Indikatoren des IQM

- seit 2006: Fallzahlen und Mortalitätsraten
- seit 2012: das Peer-Review-Verfahren
- seit 2013: interdisziplinäre Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz in der Herzchirurgie

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

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, mittels Ursachenanalyse und PDCA zu verbessern.

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 dem Ressortleiter und ist Mitglied der Spitalleitung.
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	600 % Stellenprozente 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 Rückmeldemanagement
Linda BOURKE SZIRT	061 556 58 76	linda.bourke@usb.ch	Leitung Qualitätsmanagement
Susana SANCHEZ	061 556 57 19	susana.sanchez@usb.ch	Qualitätsbeauftragte
Esteban SANJUAN	061 556 58 75	esteban.sanjuan@usb.ch	Qualitätskennzahlen und Indikatoren, wiss. Mitarbeiter
Janita SCHEELE	061 328 50 15	janita.scheele@usb.ch	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	Qualitätsbeauftragte

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

www.unispital-basel.ch/medien/publikationen

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Universitätsspital Basel → Kapitel „Leistungen“.

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 (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	
Herzgefässchirurgie	4031 Basel	3010 Bern - Inselspital
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	4031 Basel	
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	4031 Basel	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	4031 Basel	
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	4031 Basel	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	4031 Basel	
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	4031 Basel	
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	4031 Basel	

<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen)</i>	4031 Basel	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	4031 Basel	
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>	4031 Basel	
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	4031 Basel	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungs- organe)</i>	4031 Basel	
Intensivmedizin	4031 Basel	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	4031 Basel	
Kinderchirurgie	4031 Basel	
Langzeitpflege	4031 Basel	
Neurochirurgie	4031 Basel	
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems)</i>	4031 Basel	
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>	4031 Basel	
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	4031 Basel	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	4031 Basel	
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>	4031 Basel	
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)- kranker)</i>	4031 Basel	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	4031 Basel	
Radiologie <i>(Röntgen und andere bildgebende Verfahren)</i>	4031 Basel	
Thoraxchirurgie <i>(Operationen an der Lunge, im Brustkorb und- raum)</i>	4031 Basel	
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	4031 Basel	
Brustzentrum	4031 Basel	
Hirnschlagzentrum / Stroke Center	4031 Basel	
Lungenzentrum	4031 Basel	
Stammzelltransplantation	4031 Basel	
Gynäkologisches Tumorzentrum	4031 Basel	
Hirntumorzentrum	4031 Basel	
Knochen- und Weichteiltumoren	4031 Basel	
Kopf-Hals & Augentumorzentrum	4031 Basel	
Nieren-Blase-Prostata Tumorzentrum	4031 Basel	
Zentrum für Abdominaltumoren	4031 Basel	
Zentrum für Hauttumoren	4031 Basel	

Zentrum für Hämato-Onkologische Tumoren	4031 Basel	
Zentrum für Neuroendokrine und Endokrine Tumoren	4031 Basel	
Medizinisches Versorgungszentrum Lörrach - MVZ	79539 Lörrach	

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 Versorgungsnetz (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	

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

www.unispital-basel.ch/medien/publikationen
Bemerkung



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 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 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	52.7%	52.7% der antwortenden Patienten bezeichnen die Qualität der Behandlung als „ausgezeichnet“ (95.2 % als ausgezeichnet oder gut) (andere Antwortmöglichkeiten: „gut“, „weniger gut“ und „schlecht“)	
	68.1%	68.1% der antwortenden Patienten würden „eindeutig ja“ für dieselbe Erkrankung/eine Geburt wieder in unser Spital kommen (95.0% eindeutig ja oder ich glaube ja) (andere Antwortmöglichkeiten: „ich glaube ja“, „ich glaube nicht“ und „eindeutig nicht“)	
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Chirurgie	52.9% (Qualität) 66.1% (Wiederkommen)		
Medizin	49.1% (Qualität) 66.5% (Wiederkommen)		
Spezialkliniken	57.3% (Qualität) 73.3% (Wiederkommen)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:		Interne Publikation
<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 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	Name des

<input type="checkbox"/>	PEQ	Instruments		Messinstituts	
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/>	POC(-18)				
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark				
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument	PPB18			
Beschreibung des Instruments		Permanente stationäre Patientenbefragung			

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		11'870		
Rücklauf in Prozent		40.1%	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 Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" 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)
Einwegrutschmatten in den Duschen	Sturzgefahr vorbeugen	Gesamtspital	2013
Lange Schuhlöfler in den Umkleidekabinen	Ambulante bewegungs- eingeschränkte und ältere Patienten können ihre Schuhe besser anziehen.	Gesamtspital	2013
Ergonomische Stühle	Im Eingangsbereich wurden ergonomische Stühle für bewegungseingeschränkte und ältere Patienten positioniert.	Gesamtspital	2013
Signaletik	Kundengerechte und verständliche Neubeschilderung beim Empfang.	Gesamtspital	2013
Kommunikation	Training und Workshop zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt/Pflege und Patient	Medizin	2013
Terminplanung	Ausserkantonale Patienten der Kardiologie werden wenn immer möglich erst ab 09.00 zur Untersuchung/Behandlung angeboten	Medizin	2013

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 Angehörigen-zufriedenheit 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 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 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 Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:		
<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 checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 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 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-Werte	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
<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 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 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 Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert.		
<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)

E

Nationale Qualitätsmessungen ANQ

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 der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 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 Swisnoso	<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	<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 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 Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ² A, B oder C
Intern	Extern			
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen .			
<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 auswertbare Austritte				
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. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

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 ⁴ A, B oder C
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen .		
<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 Kinder)	
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).	
Anzahl auswertbare Operationen			
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. Diese Fälle sollten analysiert werden

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 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

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. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr.

Ab dem 1. Oktober 2013 erfassen alle Spitäler, die Appendektomien durchführen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, auch postoperative Wundinfektionen. Die Ergebnisse erhalten die Spitäler und Kliniken im März 2015.

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

Informationen für das Fachpublikum					
Auswertungsinanz	Swissnoso				
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:		
Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen	141		2.8%	0.8-7.1	2.8% (0.9-6.3)
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen					
<input type="checkbox"/> Hernienoperationen					
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	88		21.6%	13.5-31.6	27.6% (19-37.5)
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)					
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)					
<input type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)					
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

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.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2013 (1. Oktober 2012 – 31. September 2013) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁷ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Herzchirurgie	729		5.5%	3.9-7.4	5.0% (3.4-7)
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	141		5.0%	2-10	0.8% (0-4.6)
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	112		6.3%	2.5-12.5	3.1% (0.8-7.6)
Wertung der Ergebnisse					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.			
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.			
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.			
Bemerkung					
Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten					
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)		

⁷ 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.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁸ 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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 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:
Deskriptive Messergebnisse 2013			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁹	
18	In Prozent	4.0%	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung	Es erfolgt keine externe Publikation, die Ergebnisse werden intern kommuniziert.	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), 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, - Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		450	Anteil in Prozent (Antwortrate) 79.9%
Bemerkung		Hauptgründe der Nichtteilnahme waren Verweigerung seitens der Patientinnen, Abwesenheit der Patientinnen, sowie kognitive Einschränkungen der Patientinnen.	

⁸ 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.

⁹ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Aufbau Programm „Sturz“	Verbesserung der individuellen Sturz- und Verletzungsprävention	spitalweit	Im Aufbau seit 2014
Div. Sturzpräventions-Projekte	Sensibilisierung der Mitarbeitenden, Sturzprävention	Neurochirurgie ausgewählte Bettenstationen	Laufend Pilotprojekte für o.a. Programm „Sturz“
Systematische Erfassung aller Sturzereignisse und Sturzfolgen	Sensibilisierung der Mitarbeitenden, Monitoring,	spitalweit	Seit 01/2014
Thema Sturz als Jahresthema im Programm Patientensicherheit	KVP	spitalweit	Seit 01/2014

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.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch. Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Dekubitus bei Kindern stehen in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 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:

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	49	11,0%
	ohne Kategorie 1	17	3,8%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	30	6,7%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	10	2,2%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	13	2,9%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	6	1,4%

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Es werden ausschliesslich die Ergebnisse aus dem Erhebungsmodul Dekubitus (Tabelle 4 im dortigen pdf-Bericht) rapportiert. Es liegen erhebliche Erfassungsunterschiede im Vergleich zum allgemeinen Erhebungsmodul vor. Im UNIVERSITÄTSSPITAL BASEL wurde die Erfassungsqualität sichergestellt, indem bei allen Patienten, die am Modul Dekubitus teilnahmen, die Dekubiti von Wundexperten begutachtet wurden. Die ANQ wurde bereits mehrfach über die Unregelmässigkeiten bei der Berichtlegung informiert.

Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Begründung

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Kontinuierliche Erfassung des Dekubiturisikos und der Dekubiti auf allen bettenführenden Stationen	Monitoring und KVP	Spitalweit	Seit 01/2014
Refresher zur LL Dekubitusprophylaxe im Rahmen der Einführung des Monitorings	Sensibilisierung der Mitarbeitenden	Ausgewählte Stationen	Seit 10/2013
Thema Dekubitus als Jahresthema im Programm Patientensicherheit	KVP	Spitalweit	Seit 01/2014

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 2013 in der Akutsomatik

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.

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			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ¹⁰ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.1	9.0 – 9.2	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.0	8.9 – 9.1	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.0	8.9 – 9.1	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.8	8.7 – 8.9	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.3	9.2 – 9.4	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Anzahl angeschriebene Patienten		2376	
Anzahl eingetroffener Fragebogen		924	Rücklauf in Prozent 38.9%
Bemerkung			

¹⁰ 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.

E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

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 checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Traumatologie, Orthopädie

Messergebnisse
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch
Bemerkung

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantate
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkung		

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO)



F1 Infektionen (andere als mit Swissnoso)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 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 2013 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 2013		
<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 untersuchte Patienten		
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 2013 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, Innere Medizin

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 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 2013			
<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 gestürzte Patienten		
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?	Anzahl Dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 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		
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 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 Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013		
<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		
Bemerkung		

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

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Intensität von Isolation und Fixierung (Intensität = Häufigkeit * Dauer pro Fall) sowie Dokumentation der Häufigkeit von Zwangsmedikation oral, Zwangsmedikation Injektion, Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und Sicherheitsmassnahmen im Bett.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 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 2013		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde im Rahmen einer ANQ Messung eingesetzt.	Name des Instruments:
		<input type="checkbox"/> EFM <input type="checkbox"/> Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen (LPZ)
<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 Patienten mit einer Freiheitsbeschränkender Massnahme		
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 2013 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 2013 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 2013	
<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 untersuchte Patienten	
Bemerkung	

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

F6 Weiteres Messthema

Messthema	
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 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	
	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 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 2013		
<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		
Bemerkung		

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



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 ¹¹				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2007	
AO Foundation MKG ist AO Klinik – Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	AO Foundation (MKG ist AO Klinik - Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen)	k.A	
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	03.04.2012	
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2009	
DeS Scipher Registry	Rheumatologie	Sklerodermie-Register	2004	
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.	Seit Gründung der DÖSAK vor ca. 40 Jahren	
EUSTAR registry	Rheumatologie	Sklerodermie-Register	2013	
EVITA-Register	Kardiologie	Gesundheitsregister	29.11.2011	
Fracture Liaison Service Basel	Traumatologie	auf der Homepage der IOF gelistet	seit Dezember 2013	
Implantatregister SGPRAC	Plastische Chirurgie und Handchirurgie	Implantatregister SGPRAC (Schweizerische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie)	Seit > 20 Jahren	

¹¹ Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/service/forum_medizinische_register.cfm
 Qualitätsbericht 2013
 Universitätsspital Basel

International Geriatric Fracture Society, IGFS	Traumatologie	QM bei hüftnahen Frakturen, interne Survey mit 10 Parametern	k.A.	
IVHSM Register	Neurochirurgie	Überblick zu Vorkommen von Subarachnoidalblutung, Behandlung und Outcome Erfassung von praeoperativer nicht invasiver und invasiver Diagnostik, Operation und Outcome der Patienten über 3 Jahre postop Erfassung der Operationsdaten, des Stimulators und des FU 6 mt. Postop Erfassung der OP-Daten	k.A.	
Krebsregister beider Basel	Pathologie	Institut für Pathologie	k.A.	
Minimal Dataset SGAR	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation	2007	Alle Standorte innerhalb USB
MITRA-Clip Register	Kardiologie	Register für Mitralklappenersatz	09.12.2012	
NICER	Onkologie	Die Onkologie ist nicht Mitglied von NICER, der Kanton partizipiert an diesem nationalen Register. Wir liefern Daten an den Basler Vertreter dieser Register, im Moment Prof. Jundt von unserer Pathologie.	k.A.	
Referenzzentrum für Neurodegeneration und Demenzen (RND)	Pathologie	Das Referenzzentrum für Neurodegeneration und Demenzen (RND) wurde am 1.1.2005 gegründet und steht unter der Schirmherrschaft der Schweizer Gesellschaft für Neuropathologie. Der Sitz des Referenzzentrums ist das Institut für Pathologie des Universitätsspitals Basel. Die Gründung des RND erfolgte auf dem Hintergrund der zunehmend häufiger werdenden dementiellen Erkrankungen als Folge der demographischen Entwicklung und der diesen Demenzen zugrundeliegenden vielfältigen neuropathologischen Entitäten.	2005	
Schweizerische Lebendspender-Gesundheitsregister SOL-DHR	Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspenderverein	04/1993	
SCQM	Rheumatologie	Swiss Clinical Quality Management	k.A.	USB und FPS

SGI MDSi	Intensivmedizin	Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch (obligatorisch für alle anerkannten Stationen)	2007	OIB und MedInt
SGPRAC	Plastische Chirurgie + Handchirurgie	Schweizerische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	k.A.	
SIRIS	Orthopädie, Traumatologie	Schweizer Implantat Register) Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin	2011	
SRRQAP	Nephrologie	Swiss Renal Registry and Quality Assessment Programm	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).	07/2007	
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Qualitätssicherung der Fachgesellschaft	Daten-sammlung seit 2006	
Takotsubo-Register	Kardiologie	Takotsubo Kardiomyopathie	01.01.2012	
TAVI-Register	Kardiologie	Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)	06.09.2011	
Bemerkung				

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	Med.Q: Labormedizin,	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	Med.Q: Labormedizin, Infektionsserologie, Klinische Chemie, Klinische Mikrobiologie	2005		Swissmedic
Ausbildungslabor für Liquordiagnostik und Klin. Neurochemie	Med.Q: Klinische Chemie, Proteinlabor	2010		Dt. Ges. für Liquordiagnostik und Klin. Neurochemie e.V.
Bewilligung z. Durchf. mikrobiol. od. Serol. Untersuchungen an Blut, Blutprodukten, (...) z. Erkennung übertragbarer Krankheiten im Hinblick auf eine Transfusion oder Transplantation	Med.Q: Labormedizin	2005	2010	Swissmedic
Bewilligung zur Herstellung von Transplantatprodukten	Med.Q: Labormedizin, Diagn. Hämatologie, GMP-Labor	2011		Swissmedic
EFI Akkreditierung	Med.Q: Labormedizin, Hämatologie, Molekulare Diagnostik	2005	2011	EFI Accreditation Office, Leiden, NL
Good Laboratory Practice GLP	Med.Q: Labormedizin,	1997	2010	Swissmedic
GUMG, Betriebsbewilligung	Med.Q: Labormedizin, Hämatologie, Molekulare Diagnostik	2009		Swissmedic
JACIE Akkreditierung	Med.Q: Labormedizin, Diagn. Hämatologie, Stammzellen, ZEA (Klinik)	2005	2011	JACIE Accreditation NL
Stammzellen Lagerung Betriebsbewilligung	Med.Q: Labormedizin, Diagn. Hämatologie Stammzellen, ZEA (Klinik)	2008	2012	Swissmedic
SWISSMEDIC - Bewilligung	Med. Q: Spitalpharmazie	2002	2011	zur Herstellung von Arzneimitteln, gültig bis 05.01.2104, Verlängerung schon beantragt
Berufsbildner/innen Kurs	P & B: Bildung und Entwicklung	2010		Anerkannt vom Baselstädtischen Amt für Bildung
Bildungsgang Anästhesiepflege NDS HF	P & B: Bildung und Entwicklung	2012		Anerkennung durch Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT)

Bildungsgang Intensivpflege NDS HF	P & B: Bildung und Entwicklung	2012		Anerkennung durch Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT)
Bildungsgang Notfallpflege NDS HF	P & B: Bildung und Entwicklung	2012		Anerkennung durch Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT)
CSV	P & B: Betriebs- Medizinsystemen	2002		IH-Tool - Verwaltung Medizinsystemen und Anlagen
Eduqua	P & B: Bildung und Entwicklung	2011	2013	Qualitätslabel, Anerkennung durch Schweiz. Vereinigung für Qualitäts- und Management Systeme (SQS)
ISO 9001:2000 und ISO 13485:2003	P & B: Zentralsterilisation	2008	2011	jährliche externe Audits durch Swiss TS, Reg.# 08-279-065, Periodisch durch SWISSMEDIC
NNPN-zertifizierte Ausbildungsorganisation (Nationales Netzwerk Psychologische Nothilfe)	P & B: Bildung und Entwicklung	2008	2012	Anerkennung durch NNPN
SVEB-Zertifikat (Stufe 1)	P & B: Bildung und Entwicklung	2011		Gültig bis 2017; Zertifikat von Ausbildung der Ausbildenden AdA --> zertifiziert vom schweizerischen Verein für Erwachsenenbildung
CAS Führung im Gesundheitswesen	P & B: Bildung und Entwicklung		2013	Anerkannt von der Universität Basel (Advanced Studies)
European board and College of Obstetrics and Gynaecology & European Society of Human Reproduction and Embryology	SK: Frauenklinik	2011		Akkreditierung der Abteilung Reproduktionsmedizin als European Centre in Reproductive Medicine, gültig bis 2016
LGA InterCert Zertifizierungsgesellschaft: Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2000 für Reproduktionsmedizin	SK: Frauenklinik	2004	2007	DIN EN ISO 9001:2000, gültig bis 2014
Schweizerische Akkreditierungsstelle: nach Norm ISO/IEC 17025 und ISO 15189	SK: Frauenklinik	2005		Akk. Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin , gültig bis 2015
METAS / SAS - Prüfstelle	SK: Frauenklinik, Gynäkologische Endokrinologie / Reproduktionsmedizin	2005	2010	ISO/IEC 17025
Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin	SK: Frauenklinik	2008		Gültig bis 2011

World Health Organization UNICEF: Auszeichnung als stillfreundliches Hospital	SK: Frauenklinik	2004	2011	Gültig bis 2014
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle, Norm ISO IEC 17020, ISO IEC 34-1 ILAC G-13	SK: Dermatologie	2009		Forderungen der QUALAB: Zertifikat für das Labor
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle: Norm ISO CEI 17043 und QUALAB-Vorgaben	SK: Dermatologie	2009	2012	Zertifikat 2012 für die externe Qualitätskontrolle für das Labor
ISO 9001:2008	CHIR: 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 Qualitätsmanagement system-Zertifikat
Qualitätslabel Brustzentrum der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie	CHIR: Brustzentrum	2011	2012	Gültig bis 2016
SWISSMEDIC-BAG	CHIR: Gefässchirurgie (Nierentransplantation)		2013	
Qualitouch: Patientenbefragung mit validiertem Fragebogen	CHIR: Wirbelsäulenchirurgie			seit mehreren Jahren
SWISSMEDIC-BAG	CHIR: Gefässchirurgie (Nierentransplantation)		2013	
Nationales Rauchstopp-Programm/ Hospital Quit Support: Auszeichnung als HQS-Kompetenz-Zentrum	MED: Medizinische Poliklinik	2013		Akkreditierung der Medizinischen Poliklinik als HQS-Kompetenz-Zentrum
Institutsermächtigung - Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung zum Fachimmunologen DGfI	MED: Innere Medizin sowie DBM	2013		Deutsche Gesellschaft für Immunologie e. V.
Die WBSK bestätigt die Einteilung der Weiterbildungsstätte in Allgemeiner Innerer Medizin, Kategorie I (2 1/2 Jahre)	MED: Medizinische Poliklinik	2010	2011	Akkreditierung der Medizinischen Poliklinik als Weiterbildungsstätte in Allgemeiner Innerer Medizin (Art. 43 WBO) durch die Weiterbildungsstättenkommission (WBSK)

Die WBSK bestätigt die Einteilung als Weiterbildungsstätte in Allergologie und klinischer Immunologie, Kategorie Aa (2 Jahre)	MED: - Allergologische Poliklinik/Dermatologische Klinik - Klinische Immunologie/Immundefizienz/Medizinische Poliklinik - Rheumatologische Poliklinik	2012	2012	Akkreditierung der Allergologie und klinischer Immunologie als Weiterbildungsstätte (Art. 43 WBO) durch die Weiterbildungsstättenkommission (WBSK)
JACIE	MED: Hämatologie	2005	2011	Hämatopoetische Zellen Transplantation (HZTx)
SAP / CCC	Unternehmen USB	2005	2010	Vertrag 6054147 - SAP

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich/Klinik	Laufzeit (von ... bis)
Bereich Medizin			
Evaluation und Gewährleisten des Visitenstandards gesamte Medizin	Verbesserung der multiprofessionellen Ablaufstrukturen und fachliche Kommunikation, Verbesserung der Visitenkommunikation mit dem Patienten	Innere Medizin	seit Herbst 2009, erneut 2012 Überarbeitung erneut initiiert durch H. Weber
Umsetzung des personenzentrierten Pflegeverständnisses	gemeinsame Ausrichtung des Pflegeverständnisses	Innere Medizin	ab Herbst 2012 bis ende 2013
Konzept zur Medikamentenschulung von nierentransplantierten Patienten Neu ab 2014: Verknüpfung Medikamentenplan mit ISMED	Patientensicherheit erhöhen	Med 7.1 und 7.2 Nephrolog. Ambi, med. Prozesse+Qualität	Ende 2014
gezieltes Schmerzmanagement bei bewusstseingeschränkten Patienten	Personenzentrierte Pflege: Patienten leiden nicht unnötig an Schmerzen	Medltn/OIB	bis 2014
Zertifizierung Stroke Center	Definieren aller Behandlungsprozesse	MedInt/Neurologie	41640
Patientenedukation von Pat. mit ACS	Patienten sind über Krankheitsbild, Therapie und zu ergreifende Massnahmen informiert	Medizin	Start 2014
Erfassung nosokomialer Katheterinfekte	Erfassung Inzidenz und Ergreifen entsprechender Hygienemassnahmen b.Bedarf	MedInt	laufend
Überprüfung Delirmanagement	Das gemeinsame Delirkonzept wird frühzeitig und konsequent angewendet	Medizin	seit 2007
Zertifizierung als Transplantationszentrum	Bewilligung der Nierentransplantation durch das BAG	Nephrologie	Seit 2008
Swiss renal registry and quality assesment program	Vergleich Mortaliäts und Morbiditätsdaten der Dialysepopulation schweizweit	Nephrologie	Seit 2006
Komplikationserfassung Nierenbiopsie	Interne Qualitätskontrolle	Nephrologie	Seit 2005

Swiss transplant cohort study	Schweiz weiter Vergleich der Transplantationsresultate gemäss Forderung BAG	Nephrologie	Seit 2008
Ethikleitfaden	Ethisch geleitete patientenzentrierte Therapieentscheide	Innere Medizin	10/2013 bis 10/2014
Behandlungskonzept Anorexie	Frühe Platzierung anorektischer Patientinnen in geeignete Einrichtungen	Innere Medizin	04/2013 bis 12/2014
Einführung Termdispo	Effizienzsteigerung	Kardiologie	August 2013 - März 2014
Realisation Überwachungseinheit Angiographie/Kardiologie	Qualitätssicherheit Patientensicherheit Patientenzufriedenheit Verbesserung Patientenpfad	Kardiologie	Seit April 2013
Reklamationsmanagement	Steigerung Kundenzufriedenheit	Kardiologie	Seit Januar 2012
QM (Outcome-Erfassung mit in-hospital und procedure-related mortality (M&M-Konferenz), Komplikationen-Erfassung, Risk adjustment bei Infarkt)	Steigerung Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung	Kardiologie	Seit Januar 2011
Delirmanagement Isolierstation	Delirprävention und -Management	Hämatologie	seit Frühjahr 2013 - Frühjahr 2014
METAP	Ethische Konsensfindung im behandelnden Team	Hämatologie	seit Sommer 2013 - Sommer 2014
Gemeinsame Visite Pflege - Ärzte	regelmässige Interaktion Pat - Arzt - Pflege reduziert Missverständnisse/Widersprüche	Hämatologie	seit Sommer 2013
Gemeinsame e-Verordnung Pflege - Ärzte	regelmässige Interaktion Arzt - Pflege verbessert Infolfluss im behand. Team, Ergebnisse sind gut lesbar	Hämatologie	seit Winter 2012/2013
Zentrum Hämatookologische Tumoren	Konstitution eines Zentrums verbessert die Q der Behandlung von Tu-Pat.	Hämatologie	seit Sommer 2013
Systematische Info-Sammlung + Information bei geplanter häm Stammzell-Transplantation ab 1. Kontakt bis zur amb. Nachbetreuung	Systematische Erfassung von Informationen und Weitergabe verbessert die Betreuung	Hämatologie	seit Frühjahr 2013
Hotline nach Austritt	Tgl. können ausgetretene Pat. zwischen 13-15h anrufen	Hämatologie	Start Jan. 2014
SOPs zu allen Entitäten der Onkologie	Qualitätssteigerung durch Guideline-konforme Diagnostik, Therapie und Nachsorge	Onkologie	
DRG Umsetzung Onkologie	Mitarbeit an den Antragsverfahren zur Optimierung der SwissDRG Version 3.0 mittels Berücksichtigung der Anträge in der Entwicklung der SwissDRG Version 4.0 / 2015. Verbesserung bzw. Beschleunigung des Antragsverfahrens für innovative Therapien. Mitarbeit an der Einführung weiterer Zusatzentgelte zum Ausgleich des Erlösnachteils einzelner Krankenhäuser bei der Leistungserbringung		

AA Einführungskonzept	Strukturerläuterung und Übermittlung von Abteilungs-internen Anforderungszielen und Entwicklungsspielräumen für Weiterbildungs- und Rotationsassistenten		
Projekt Patientensicherheit	Beteiligung an einer Studie zur Erfassung der Kommunikationskultur in der Abteilung Onkologie		
Studienangebot und -durchführung durch GCP-zertifiziertes und Swissmedic-inspiziertes Studienteam			
Phase I Studien Angebot für Patienten, für die es keine Standardtherapien mehr gibt; im Zertifizierungsprozess befindliche Phase I-Unit	SAKK-, Novartis- und Roche Phase I Label sind nahes Ziel		
Tumorzentrum Label der DGHO	Durch den Zertifizierungsprozess Steigerung der Behandlungsqualität und der med. Prozesse; Verbesserung der Reputation des Zentrums durch international anerkanntes und hoch angesehenes Zertifikat		
Bereich Med. Querschnittsfunktion			
Einführung elektronisches Dokumentensystem für das QM-System - EN ISO 17025/15189	vollumfängliche elektronische Verwaltung der QM-Dokumente	Labormedizin	7/13 - 12/14
CIRS (Critical Incident Reporting System), kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	Optimierung des KVP auf der operativen Ebene	Labormedizin	06/13 - 12/14
Einführung einer Software zur speditiven Ermittlung der Turn around Time (TAT) für Laboranalysen.	Potentialermittlung für Prozessoptimierungen; Steigerung der Kundenzufriedenheit	Labormedizin	11/13 - 4/14
Bewertung Lagerbedingungen in Stationslagern	Sicherstellung Arzneimittelqualität (Focus: Retouren)	Spital-Pharmazie	2013
Schnittstelle CATO-Labordaten	Sicherstellen der korrekten automatischen Übernahme von Labordaten	Spital-Pharmazie	2013
Logistik von Laborreagenzien	Optimierung der Logistik und Datenflüsse	Spital-Pharmazie	2011-2013
Kundenumfrage	Bewertung der Kundenzufriedenheit im Vergleich zur vorherigen Umfrage	Spital-Pharmazie	2013
Antibiotikaprojekt Switch iv-po	Optimierung des Antibiotikaeinsatzes	Spital-Pharmazie	2013
CIRS	Reduktion der Fehlerquote, Erhöhung der Patientensicherheit	Pathologie	laufend
Kundenbefragung	Steigerung der Kunden- resp. Zuweiserzufriedenheit	Pathologie	Befragung durchgeführt bis 31.12.2014

EFQM-Excellence Modell	Ganzheitliche Unternehmensführung nach EFQM-Excellence Modell, Anstreben R4E (Recognized for Excellence)	Pathologie	R4E 31.12.2016
Akkreditierung	Akkreditierung als Prüfstelle nach ISO 17025	Pathologie	Label 30.6.2013
Umbau MRI-Zone	Optimierung der Patientenströme und der Arbeitsabläufe. Patientenfreundliche Gestaltung der Räume, auch zur Wahrung der Diskretion.	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 - 2013
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	2012 bis 2014
Einführung der Kollaborationsplattform Sharepoint	Optimierung der einheitsinternen Kommunikation und Dokumentation	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 bis 2013
Elektronischer Versand von Befundbriefen	Befunde sollen zukünftig als PDF per E-Mail über eine gesicherte Verbindung an alle Zuweiser übermittelt werden.	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 bis 2013
Report Bildqualität auf Basis Online-Formular	Verbesserung der Bildqualität	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 bis 2013
Strahlendosis-Management; Einführung und Umsetzung einer Software zur strukturierten Erhebung der Strahlenexposition von Patienten	Nachhaltige Minimierung der Strahlenexposition durch transparente Darstellung, Dokumentation und Analyse der Dosisdaten.	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 bis 2013
Digitalisierung konventionelles Röntgen	Vollständige Digitalisierung der konventionellen Bildgebung. Dadurch Effizienzgewinne durch schnellere Bildgebung und geringere Strahlenbelastung der Patienten.	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 bis 2013
Einführung eines Dokumentenmanagementsystems inkl. Changemanagement in der radiopharmazeutischen Chemie	Optimierung der Prozesse als Voraussetzung der Erfüllung der Anforderungen der cGRPP-Richtlinien	Radiologie und Nuklearmedizin	2012 bis 2014
Einbau eines neuen Moduls für die Herstellung von Ga-68 PET-Tracern	Reduzierung der Ausfälle und Probleme bei der Radiomarkierung	Radiologie und Nuklearmedizin	2012
Einführung eines Radioonkologie-Informationssystems (ROIS)	Optimierung der Arbeitsabläufe durch Digitalisierung der Terminplanung, medizinischen Dokumentation und Leistungsabrechnung	Radioonkologie	2012 - 2013
Einführung der dynamischen intensitätsmodulierten Strahlentherapie (dIMRT)	Zügigere Strahlentherapie bei gleichzeitiger Dosisreduzierung im Patienten.	Radioonkologie	bis Ende 2014
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	2012 - 2013
Verkürzung der Befunddurchlaufzeiten	Die Befunddurchlaufzeiten sollen signifikant verkürzt werden. Ziel: 95% aller Befunde sind innerhalb von 24 Stunden verfügbar.	Radiologie und Nuklearmedizin	2013 - 2014

Termin-Schnittstelle RIS (Radiologieinformationssystem) zu Termdispo	Alle im RIS terminierten Untersuchungen sollen zukünftig auch im Termdispo einsehbar sein.	Radiologie und Nuklearmedizin	2013 – 2014
Wartezeiten-Monitoring	Mit einem Echtzeit-Monitoring werden die Wartezeiten von MRI-Patienten überwacht, um lange Wartezeiten besser zu vermeiden	Radiologie und Nuklearmedizin	2013 - 2014
Beteiligung am eKonsil	Das gesamte Departement Radiologie nimmt am eKonsil im ISMED teil. Dadurch sollen die Abläufe für Konsilaufträge verbessert werden.	Departement Radiologie	2013 - 2014
Beteiligung am schweizweiten Fehlermanagement-System "ROSIS"	Optimierung des Fehlermanagements	Radioonkologie	2014
Beteiligung an der Prüfungs- und Weiterbildungskommission Radioonkologie Schweiz	Qualität der Facharztausbildung steigern	Radioonkologie	2014
Monitoring MR-Angebot für die Notfallstation	100% aller Notfallpatienten mit MR-Bedarf sollen am USB zeitgerecht bedient werden können	Radiologie und Nuklearmedizin	2013 - 2014
Umbau CT-Zone	Optimierung der räumlichen Situation im CT-Bereich zur Verbesserung der Patientenbetreuung (Diskretion) und der Arbeitsabläufe (Patientenvorbereitung).	Radiologie und Nuklearmedizin	2014
Journals of Hand Therapy	Internationaler Standard bei Patienten in der Handrehabilitation zu halten.	Th-D Ergotherapie	2013-2014
Behandlungskonzept	Behandlungsrichtlinien der häufigsten Diagnose werden standardisiert, um Abläufe auf allen Stationen zu erleichtern	Th-D Physiotherapie	2013-2014
Schulung vom IPS-Personal, Rücken gerechtes arbeiten	Personal kennt die Problematiken bei der Arbeit und kann die Korrekturen in den Alltag umsetzen	Th-D Physiotherapie	2013-2014
Schulung von Pflegenden auf der stroke unit in der Anwendung von ASSIST Schluck-screening	sachgemässe Durchführung des Screenings durch die Pflegenden	Th-D Logopädie	2013-2014
Überarbeiten der Schemata Nachbehandlung der Sehnenverletzungen, Evidenz basiert hinterlegt	Zeitgemässe evidenzbasierte Behandlungen von Sehnenverletzungen an der Hand	Th-D Ergotherapie	2013-2014
Leitfaden für Armmobilisation von Hemiplegikern	Standardisierte Prozesse	Th-D Ergotherapie	laufend
Implementierung EFQM	Umsetzung der Excellence Philosophie	Anästhesiologie	laufend
Ausbau OP-und OIB-Kapazität	Rekrutierung / Weiterbildung aller betroffenen Berufsgruppen	Anästhesiologie	laufend
Sanierung OP-Ost / OIB	Sanierung Immobilien	Anästhesiologie	-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 (Prä-operative Schmerzsprechstunde)	Optimierung Prozesse	Anästhesiologie	2013-2018
Reduktion Wartezeiten der Notfallpatienten	Erhöhung Patientenzufriedenheit	Anästhesiologie	2013-2018
Vollständige Erfassung der Taxpunkte in der Schmerzsprechstunde	Verbesserung Departementsresultat	Anästhesiologie	2014-2018
Vollständige Leistungserfassung im OP	Verbesserung Departementsresultat	Anästhesiologie	2014-2018
Umsetzung neues Raumkonzept	Verbesserung MA- Zufriedenheit	Anästhesiologie	2014
MA-Befragung nach EFQM Kriterien	Umsetzen von Verbesserungsmaßnahmen, welche bei der nächsten MA Befragung überprüft werden	Bereich	
Zuweiser Befragung	Interne Zuweiserbefragung mittels strukturiertem Interview und Fragebogen	Bereich	Ende März 2014 liegen die Resultate aus der Befragung vor
CIRS	CIRS wird flächendeckend angewandt	Bereich	
Bezug Neubau OP Ost	Bezug Mitte 2014	Bereich	
Bereich Spezialkliniken			
Optimierung OP Ost/West (TP8 Optiprogramm)	Reduktion von Warte- und Leerzeiten im OP	alle	24.07.13 bis 31.12.2014
Simulation Betrieb OP Ost	Anpassung der Dienstzeiten und -pläne nach Änderungen für OP Ost	alle	01.03.2013 bis 30.09.2013
Entwicklung KPI OP-Management	Etablierung von KPIs für den OP-Betrieb	alle	24.10.2012 bis 31.08.13
Entwicklung ambulante Angebotsstrategie	Strategieerstellung Abstimmung mit USB Angebotsstrategie	alle	01.03.13 bis 31.01.14
Entwicklung Akquisitions-&Joint Venture-Strategie	Strategieerstellung	alle	01.03.13 bis 30.09.14
Qualitätsprozesse SK - Entwicklung des Bereichs Spezialkliniken zu einer lernenden Organisation unter Nutzung ganzheitlicher Ansätze des Lean Management	Erreichen einer neuen Dimension der Patientenorientiertheit mit gleichzeitiger Erhöhung der Produktivität und Qualität kulturelle Veränderung hin zu einer lernenden Organisation	Augenklinik, Dermatologie, Frauenklinik, HNO	01.04.13 bis 31.12.14
Detailkonzept zum Einsatz eines Stationsinternisten	Prozesseffizienz durch Reduktion von Konsilanfragen Qualitätssteigerung und ganzheitlichere Patientenbetreuung Verbessertes Teaching der Ärzteschaft	Augenklinik, Dermatologie, Frauenklinik, HNO	01.01.13 bis 31.12.14
Umsetzung Delir-/Demenzleitlinien	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	Augenklinik Dermatologie	01.04.13 bis 31.03.14
Neues Einarbeitungskonzept für Pflegemitarbeiter (Konzept Lerninsel) Transferlernen mit Pflegefachverantwortlichen	Qualitätssteigerung Steigerung Mitarbeiterzufriedenheit	Augenklinik, Dermatologie, Frauenklinik, HNO	01.03.13 bis 31.10.13
Umsetzung optimierter Pflegeprozess	Qualitätssteigerung Prozessoptimierung (Effizienz, Austrittsplanung, Kontinuität)	Augenklinik, Dermatologie, Frauenklinik, HNO	01.06.12 bis 31.12.13

Prävention/Erkennung Risiko für Malnutrition durch Einführung Nutrition Risk Scala und PG-SGA	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	Dermatologie Frauenklinik (Gyn.)	01.11.12 bis 30.06.14
Erstellung von Guidelines zum Schmerzmanagement Pflege	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	Augenklinik, Dermatologie, Frauenklinik, HNO	01.02.13 bis 30.06.14
Entwicklung Geschäftskonzept Augentumore	Ausweitung der interdisziplinären Betreuung von Augentumor-Patienten	Augenklinik	01.09.13 bis 31.04.2014
Analyse und Optimierung ambulante Augenklinik (Schwerpunkt Tagesklinik)	Effizienz- und Qualitätssteigerung in den ambulanten Abläufen	Augenklinik	01.10.12 bis 31.03.13
Analyse und Optimierung OP Augenklinik	Bedarfsgerechtes Ressourcenangebot zu fairen Preisen Steigerung der OP Mengen	Augenklinik	01.02.13 bis 31.07.13
Einführung einer interprofessionellen/-disziplinären OP-Qualitätsgruppe	kontinuierliche Verbesserung im OP aufgrund regelmässigem Austausch (interdisziplinär/-professionell)	Augenklinik	01.04.2013 bis 31.03.2014
Kommunikation entlang des Patientenpfades (Patientenbegleitung und Analyse durch Psychosomatik)	Optimierte Kommunikation zwischen den Professionen Reduktion widersprüchlicher Informationen an Patient Erhöhung Patientenzufriedenheit	Augenklinik	01.11.2013 bis 31.03.14
Konzept zur Patientenzentrierten Versorgung	Kontinuität in der pflegerischen Behandlung Pflegerisches Assessment beim Eintritt Frühzeitige Planung des Austritts	Augenklinik	01.08.2013 bis 31.12.13
Installation einer Anzeigetafel in der Wartezone (Patienteninformation)	Steigerung Patientenzufriedenheit	Augenklinik	01.12.12 bis 30.09.13
Postoperatives Verhalten: Merkblätter und Medikamentenschema erstellt	Qualitätssteigerung Reduktion widersprüchlicher Information an Patienten Steigerung Patientenzufriedenheit	Augenklinik	01.01.13 bis 31.12.13
Optimierung Austrittscheckliste für Pflege/Ärzte	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	Augenklinik	01.01.13 bis 31.12.13
Dekubitus-Prävention durch Einführung Ampelfragen zur Risikoeinschätzung	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	Augenklinik	01.06.13 bis 31.01.14
Vorprojekt: Optimierung ambulante Patientenströme (Tagesklinik)	Qualitätssteigerung Steigerung Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit Effiziente Nutzung von Ressourcen	Augenklinik	01.10.13 bis 31.03.14
Konzept: Optimierung ambulante Prozesse & Räume Dermatologie und Allergologie	Optimierung der Abläufe verbesserte Nutzung der Raumressourcen verbesserte Arbeitsbedingungen für Mitarbeiter	Dermatologie	16.10.12 bis 31.08.13
Etablierung eines Einführungs-Halbtags für Stationsarzt vorgängig zu Dienst auf Station	Standardisierte Prozesse Qualitätssteigerung Erhöhung Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit	Dermatologie	01.10.13 bis 31.01.2014
Kommunikationsschulung Pflege (Schwerpunkt Visite) mittels Supervision	Standardisierte Austrittsplanung Reduktion widersprüchlicher Information an Patient	Dermatologie	01.01.2014 bis 31.12.2014

Visitenbegleitung: Assessment und Begleitung durch Psychosomatik etablieren	Standardisierte Prozesse (Visite) Qualitätssteigerung Erhöhung Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit	Dermatologie	01.10.13 bis 31.03.14
Regelmässige interprofessionelle Besprechung zu Qualitätsthemen/Prozesse auf Bettenstation	Kontinuierliche Verbesserung, Prozesseffizienz Qualitätssteigerung Steigerung Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit	Dermatologie	31.08.2013 bis auf weiteres
Vorprojekt Umbau ambulante Frauenklinik	Verbesserte Nutzung der Raumressourcen Steigerung Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.09.12 bis 31.12.2014
Vorprojekt Ausdehnung Raumangebot ambulanter Sektor	Verbesserte Nutzung der Raumressourcen Steigerung Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.11.13 bis 30.06.14
Einführung elektronische Krankengeschichte in Reproduktionsmedizin, d.h. Ablösung der gesamten medizinischen, pflegerischen und labortechnischen Papierdokumentation	Effizienz- und Qualitätssteigerung sowie Risikominierung und stärkere Kundenbindung durch Nutzung einer elektronischen Krankengeschichte	Frauenklinik	01.07.13 bis 31.03.14
Aufbau von Advanced Practitioner Nurses (Reproduktionsmedizin, Onkologie etc.)	Erstellung eines PEPPA-Framework Verbesserte Patientenbegleitung und -beratung Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.07.12 bis 30.06.14
Erstellung von interdisziplinären Therapie-Guidelines Gyn. Tumorzentrum (SOPs)	Therapieleitfaden für interne Mitarbeiter und Zuweiser Optimierte Unterstützung von Entscheidungsprozessen	Frauenklinik	01.11.2013 bis 04.05.2014
Einführung Medways Gynäkologie	SW-gestützte Einführung von SOPs Optimierte Unterstützung von Entscheidungsprozessen	Frauenklinik	01.10.12 bis 31.03.13
GynFuture - Konzepterstellung zur strategischen und betrieblichen Ausrichtung der Gynäkologie	Zukunftspositionierung der Gynäkologie Optimierung von Fallzahlen und Umsätzen Effizienzsteigerung interner Prozesse	Frauenklinik	01.11.12 bis 31.07.13
GynFuture - Umsetzung strategische und betriebliche Ausrichtung der Gynäkologie	Zukunftspositionierung der Gynäkologie Optimierung von Fallzahlen und Umsätzen Effizienzsteigerung interner Prozesse	Frauenklinik	01.08.13 bis 31.12.14
Optimierung Poliklinik-Ablauf	Effizienzsteigerung interner Prozesse	Frauenklinik	01.08.2013 bis 31.12.2014
Ablösung CTG-System	Effizienz- und Qualitätssteigerung aufgrund optimierter IT-Unterstützung im Behandlungsprozess Optimierte Patientendokumentation	Frauenklinik	01.02.13 bis 31.05.14
Umsetzung Konzept Case Management	Steigerung Prozesseffizienz frühzeitige Austrittsplanung bessere Nutzung von Ressourcen Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.04.13 bis 31.12.14

Einführung Projekt Oase - Wellnessangebot für Patientinnen GynOnkologie	Steigerung Patientenzufriedenheit und -bindung	Frauenklinik	01.06.13 bis 31.03.14
Etablierung Briefing/Debriefing nach Geburt	Steigerung der Behandlungsqualität Steigerung Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.08.13 bis auf weiteres
Patientenbefragung in der Geburtshilfe zu fehlender Übereinstimmung Ärzte/Pflege	Steigerung der Behandlungsqualität Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.09.13 bis 28.02.14
Selbständige Schwangerschaftskontrolle durch Hebammen in Gebärabteilung	Prozesseffizienz durch Reduktion von Wartezeiten Befähigung von Hebammen, d.h. Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit	Frauenklinik	01.05.2013 bis 31.12.13
Genetische Beratung im Brustzentrum und Gyn. Tumorzentrum	Qualitätssteigerung Patientenzufriedenheit Ergänzung gynonk. Portfolion Ausbau Angebotsstrategie	Frauenklinik	01.10.13 bis 31.12.13
Überarbeitung Austrittscheckliste (ärztliche Themen)	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.03.13 bis 30.06.13
Angebot von individuellem Willkommens- und Informationsmaterial für ambulante Patientinnen auf der Gyn.Onkologie	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.02.13 bis 31.03.13
Aufbau Gyn. Tumorzentrum	Qualitätssteigerung Steigerung Patienten-/Zuweiserzufriedenheit	Frauenklinik	01.09.2013 bis 31.08.2016
Etablierung regelmässiges Morbiditäts- und Mortalitätsmeeting	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.02.13 bis 31.03.13
Einführung neues Pflegerapport-System auf Schwangerenabteilung (Erfüllung der MMK-Vorgabe)	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.02.13 bis 30.11.13
Geburtshilfe: Erstellung und Einführung Konzept Vorgehen bei vorzeitigem Blasensprung	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.02.13 bis 31.12.13
Geburtshilfe: Überarbeitung Konzept Info-Abend für werdende Eltern	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.02.13 bis 28.02.13
Definition und Erarbeitung der Kompetenzen und Handlungsfelder Pflege/Hebammen im Notfall	Prozesseffizienz (Wartezeitenreduktion) Qualitätssteigerung (Priorisierung der Notfälle) Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.12.12 bis 30.06.14
Pilotprojekt zur Ausbildung von MPA im USB (Frauenpoliklinik)	Beitrag USB zur Reduktion von Fachkräftemangel	Frauenklinik	01.03.13 bis 30.06.16
Erstellung von Konzept für externe Verlegungen bei Überbelegung Geburtsabteilung	Qualitätssteigerung Risikominimierung Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.01.13 bis 30.06.14
Aromatherapie	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.05.13 bis 01.09.14
Einführung von Schichtverantwortlichen (Hebammen) im Gebärsaal	Qualitätssteigerung Risikominimierung Steigerung Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.07.13 bis 30.04.14

Evaluation von Betreuung von Wöchnerinnen auf der Gyn. Bettenstation	Qualitätssteigerung Risikominimierung Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.10.12 bis 30.10.13
Konzepterstellung und -umsetzung zur gesetzlichen Vorgabe zur Ernährung in der Schwangerschaft	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.02.13 bis 31.12.13
Patienten- und Mitarbeiterbefragung zu Qualitätsthemen Aufnahme	Qualitätssteigerung Steigerung interne Kunden- und Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.02.13 bis 30.04.13
Erarbeitung und Einführung Kennzahlensystem Aufnahme	Qualitätssteigerung Steigerung interne Kunden- und Patientenzufriedenheit	Frauenklinik	01.03.13 bis 31.12.13
Analyse Audiologie	5 Jahresstrategie der Audiologie inkl. Skill-Mix und Personal Aufzeigen von Potentialen in Betrieb	HNO	01.04.13 bis 30.09.13
Einführung von SAP EMR	Optimierung der elektronischen Verfügbarkeit von Patientendaten Steigerung der Behandlungsqualität	HNO	01.04.2012 bis 31.03.13
Umstrukturierung Admin HNO	Verbesserte administrative Abläufe Qualitätssteigerung Verbesserte Mitarbeiterzufriedenheit	HNO	01.01.13 bis 31.07.13
Zusammenarbeit mit Niedergelassenen	Stärkung der Zuweiserbeziehungen durch gemeinsame Operationen	HNO	01.11.12 bis 31.1.13
Ärzte-Schulung durch Spitalpharmazie zu Medikamenten-Nebenwirkungen	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	HNO	01.01.13 bis 30.06.13
Umsetzung Delir-/Demenzleitlinien mit Schwerpunkt Alkoholentzugsdelir und Konzepterstellung	Qualitätssteigerung Risikominimierung Steigerung Patientenzufriedenheit	HNO	01.01.12 bis 31.12.13
Konzepterstellung zur Triagierung von Notfallpatienten auf HNO-Poliklinik (Pflege)	Qualitätssteigerung Risikominimierung Steigerung Patientenzufriedenheit	HNO	01.06.12 bis 31.12.14
Konzepterstellung zur pflegerischen Tätigkeit in der HNO Tumornachsorge	Qualitätssteigerung Steigerung Patientenzufriedenheit	HNO	01.06.12 bis 30.06.14
Optimierung des Briefwesens (Versendung innert 14 Tagen)	Qualitätssteigerung, Steigerung Zuweiserzufriedenheit	Frauenklinik	01.07.2013 bis 31.12.2013
Standardisierung des Briefwesens, Einführung von fixen Text-Bausteinen und Guidelines	Qualitätssteigerung, Steigerung Zuweiser- /Mitarbeiterzufriedenheit	Frauenklinik	01.06.2012 bis 31.12.2014
Standardisierung der OP-Texte und Einführung von Text-Bausteinen	Qualitätssteigerung, Steigerung Zuweiser- /Mitarbeiterzufriedenheit	Frauenklinik	01.06.2012 bis 31.12.2014
Standardisierung perioperatives Management Gynäkologie	Qualitätssteigerung, Steigerung Zuweiser- /Mitarbeiterzufriedenheit	Frauenklinik	01.09.2012 bis 01.03.2014
Programm Patientensicherheit (PaSiP)	Aufbau Sicherheitsklima	alle	2013-2017
Programm Delirmanagement	Prävention und verbesserte Behandlungsqualität	alle	seit 2004
Programm Dekubitusprävention	Prävention und verbesserte Behandlungsqualität	alle	seit 2005

Programm Malnutrition	Prävention und verbesserte Behandlungsqualität	alle	seit 2005
Programm Sturz/FbM	Prävention und verbesserte Behandlungsqualität	alle	2014
Programm Praxisentwicklung	Entwicklung einer innovativen Kultur zur Verbesserung der Patientenergebnisse	alle	seit 2006
Projekt Skill/Grade Pflege	Bedarfs- und Kompetenzorientierter Einsatz von Mitarbeitern, Prozessoptimierung	Medizin & Chirurgie	seit 2013
LEP-Erfassung und Controlling Pflege	Controlling und Performance-Feedback, Unterstützung operatives und strategisches Management Kontrolle der Kosten, Ressourcen und Arbeitsbelastung	alle	
Dossier Pflegerichtlinien	Sicherstellung der Pflegequalität	alle	
Ressort Medizinische Prozesse und Qualität			
Aufbau einer ambulanten Patientenbefragung	Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen in der ambulanten Patientenversorgung	Befragungen	2013 bis 2014
Projektabschluss, flächendeckende Einführung des CIRS Systems im Gesamtspital.	Umsetzung der Vorgabe durch die SL aus dem Jahr 2011, cirs@usb im Gesamtspital implementieren. Alle Meldekreise sind installiert auf einem einheitlichen cirsmedical-System.	CIRS	2011-2013
Schulung für alle Neueintritte und für Interessierte im Angebot der Abt. Bildung & Entwicklung.	Kennenlernen des Tools cirs@usb. Verständnisförderung von Sinn & Zweck von Cirs. Patientensicherheit erhöhen, aus Fehlern lernen	CIRS	seit 2012
Ursachenanalyse und Massnahmeneinleitung bezüglich Probenversandproblematik	Verbesserung des Rohrpostprobenversandes und Vermeidung von Irrläufern. Mitarbeitende kennen die Regeln und die Handhabung der Rohrpostanlage. Ein Regelfaltprospekt ist erstellt.	CIRS	2012-2013
Vermeiden von gehäuft auftretenden Blutungszwischenfällen, welche aufgrund von neuen oralen Antikoagulantien (NOAK) entstehen.	Vermeidung von unerwünschten Blutungen. Alert erstellen. Lagerkarte für Medikamentenschrank erstellen mit dem Hinweis: Achtung: Nicht in Kombination mit Heparinen verwenden.	CIRS	2013
Die Beschriftung der Porte K1 kundenfreundlicher und inhaltlich korrekt gestalten.	Portenbeschriftung K1 zusammen mit den Verantwortlichen verbessern, sodass die Kunden sich rascher zurecht finden.	RÜM	2013
Neue Bestuhlung bei der Porte K1. Behinderte Patienten und Besucher bemängeln die fehlende Bestuhlung direkt bei der Porte K1.	Behinderte und bedürftige Patienten/Besucher sollten bei der Porte K1 auf ergonomisch korrekten Stühlen sich hinsetzen können. Sicherheitsgefühl und Kundenfreundlichkeit.	RÜM	2013

Verlinkung von ISMED zu Siris	Pat. Daten ins Siris System übermitteln, so dass der Operateur nur noch die Implantate und Zubehör erfassen muss	Siris (Traumatologie & Orthopädie)	2013 - Feb. 2014
Progress! Sichere Chirurgie	Implentierung der WHO Checkliste in den OP Prozess	Chirurgie und Med Q	2013 - 2015
Optimierung Austrittsprozess	Optimierung des Austrittsmanagement am USB sowie klare Rollenverteilung zwischen Austrittsmanagement und Case Management	alle	2013 - 2014
Bereich Chirurgie			
Projekt progress! sichere Chirurgie	Perioperative Patientensicherheit	Alle Fachkliniken	
CIRS und Vigilanzen		Alle Fachkliniken	laufend
Prospektive Multicenterstudie Antibiotikaprophylaxe und Wundinfektionen		Allg. Chirurgie/ Viszeralchirurgie	
<u>2012 Teilnahme Peer Review IQM</u>	Nosokomiale Wundinfekte Chirurgie weiter senken	Herzchirurgie	kontinuierliche Messung
Einführung elektronische Wunddokumentation inkl. elektronische Bildarchivierung	Verfügbarkeit der Wunddokumentation verbessern.	Wundberatung	bis Ende 2014
Durchführung von klinikinternen Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen		Mehrere Fachkliniken	
Mitglied der Qualitätskommission der Fachgesellschaft „Schweizerische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“		Plasti. Chirurgie + Handchirurgie	
IQUAM – Int. Committee on Quality Assurance and Medical Devices in Plastic Surgery		Plasti. Chirurgie + Handchirurgie	
Qualitätszirkel für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie mit den niedergelassenen Plastischen Chirurgen von BS und Umgebung		Plasti. Chirurgie + Handchirurgie	
Einführung Bettenmanagement	Optimierung und Effizienzsteigerung vom Belegungsprozess sowie Verbesserung Planungszuverlässigkeit elektiver Eintritte	Pflegedienst	Start 2012 Ende noch nicht definiert
Task Force OP	Reduktion von Wartezeiten und ungeplanten OP-Absetzungen	Verschiedene	Start 2012 Ende noch nicht definiert
Sturzerfassung	Erkennen von systemischen Zusammenhängen zur Reduktion Sturzrisiko.	Chir. 3.1	kontinuierliche Messung
Behandlungsschemata für herz,- gefäss-und thoraxchirurgische Patienten	Einheitliche Vorgehensweise zur prä- und postoperativen Behandlung	Chir. 4.1.	kontinuierlich

Praxisentwicklungsprojekt "patientenorientierte Pflege", Teilprojekt "Festlegen von Pflegezielen"	Das Pflgeteam Chir.7.2 bietet seinen Pat. eine patientenorientierte, individualisierte Pflege an, angestrebt werden die Steigerung der Patientenzufriedenheit sowie bessere Outcomes.		Gesamtprojekt 3-5 Jahre, Teilprojekt 01/13-06/2014
Sicherheit in der oralen Medikation	Medikationsfehler stellen eines der wichtigsten Probleme in der Patientensicherheit dar. Der Qualitätszirkel erarbeitete Strategien um eine hohe Sicherheit in der oralen Medikation bei Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.	Chir. 3.1	Start 10/2012 Ende noch nicht definiert
Störungsfreies Richten und sichere Abgabe von Medikamenten	Erarbeitung einer lokalen Pflegerichtlinie, die für alle Bettenstationen der Chir. Gültigkeit hat.	Alle Bettenstationen	Abgeschlossen bis Ende 2014
Strukturqualität: Verbesserungsmassnahme: Manuelle Schwingtüren die für Rollstuhlfahrer schwer passierbar sind wurden ersetzt, durch automatische Schiebetüren	Erleichterung für gehbehinderte oder Rollstuhlpatienten	Chir. 7.1 & 7.2	
Umsetzung Leitlinie Dekubiusprophylaxe: Aufbau Ressourcenpflege auf allen Stationen	Reduktion der Dekubitusrate von im Spital erworbenen Dekubiti	Alle	laufend
Umsetzung Minimalstandard freiheitsbeschränkende Massnahmen	gezielte Anwendung von fbM	Alle	laufend

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein CIRS?
Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.
<input type="checkbox"/>	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.
Bemerkung	

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) 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		

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 nahen Zukunft 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 aller 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.



Anhänge

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/dienstleistungen/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 Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitalern 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/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern 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



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen, Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SMA) und der Schweizerischen Gesellschaft für Qualitätssicherung in der Medizinischen Wissenschaft (SSM). Die Begleitdokumente Qualitätssicherung in der Medizinischen Wissenschaft (SSM) und Qualitätssicherung in der Medizinischen Wissenschaft (SSM) sind im Qualitätsbericht zu finden. Die Vorlage ist ein Produkt der SSM und wird in Zusammenarbeit mit dem H+ Verlag veröffentlicht.