

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2017
Christoph A. Meier, Ärztlicher Direktor

Version 2



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 und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2016.

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 Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot 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 Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Anne Claussen
Leitung Qualitätsmanagement
+41 61 328 54 70
anne.claussen@usb.ch

Vorwort von 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 und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	20
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	21
4.5 Registerübersicht	22
4.6 Zertifizierungsübersicht	24
QUALITÄTSMESSUNGEN	28
Befragungen	29
5 Patientenzufriedenheit	29
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	29
5.2 Eigene Befragung	30
5.2.1 Permanente Patientenbefragung von stationären und ambulanten Patienten am USB	30
5.3 Beschwerdemanagement	31
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	32
9 Wiedereintritte Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
10 Operationen Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
11 Infektionen	32
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	32
12 Stürze	34
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	34
13 Wundliegen	36
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	36
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17 Weitere Qualitätsmessungen Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	

18	Projekte im Detail	38
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	38
18.1.1	Abteilung Patientensicherheit.....	38
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	39
18.2.1	Etablierung Lean@usb.....	39
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	40
18.3.1	Zertifizierung der medizinischen Tumorzentren	40
19	Schlusswort und Ausblick	41
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		42
Akutsomatik		42
Anhang 2		
Herausgeber		46

1 Einleitung

Das Universitätsspital Basel ist eines von fünf Universitätsspitalern der Schweiz und seit 2012 ein öffentlich-rechtliches Unternehmen. Es ist das Zentrumsspital der gesamten Region Nordwestschweiz. Rund 1000 Ärztinnen und Ärzte und 2200 Pflegende sorgen bei uns auf der Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse für die Genesung und das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten. Die verschiedenen Disziplinen arbeiten eng vernetzt zusammen und prägen den guten Ruf des Spitals.

Unsere Zahlen 2016:

- Jahresgewinn CHF 12.9 Millionen
- Stationäre Patienten: 36'893 (+ 4.6% zu 2015).
- Ambulante Patienten: 551'365 (+ 2.3% Patientenkontakte zu 2015)
- Mit 48.1% (Vorjahr 49.6%) kamen 2016 innerkantonale Patienten ins Universitätsspital Basel. Aus Basel-Landschaft kamen 9.5% mehr stationäre Fälle ins Universitätsspital Basel.
- 6901 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus 84 Nationen arbeiteten 2016 Jahr im Universitätsspital Basel.

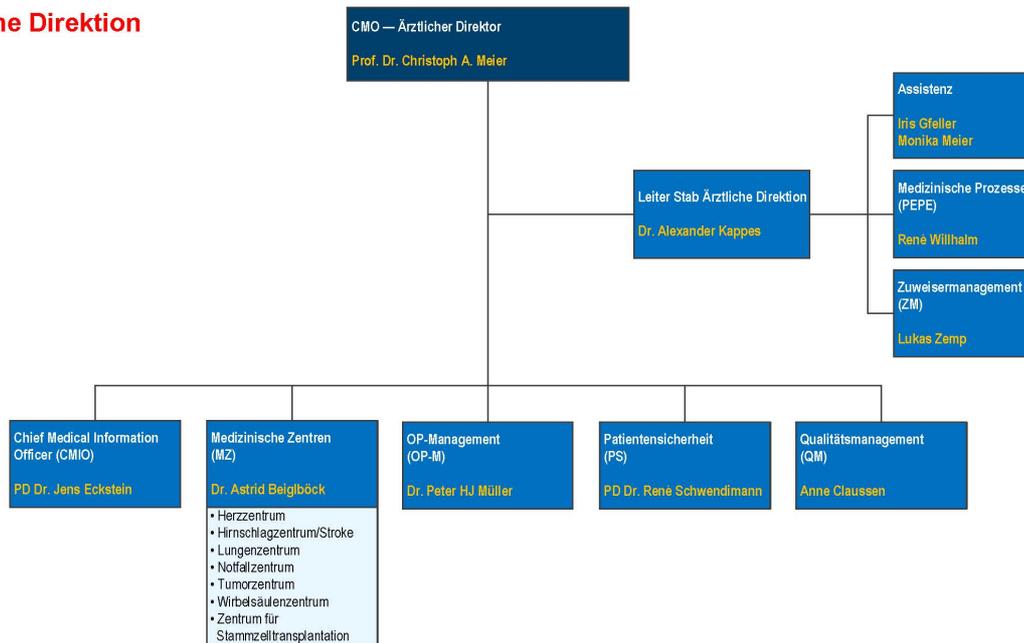
Die enge Zusammenarbeit mit der ältesten Universität der Schweiz und den global führenden Life Science-Unternehmen in Basel garantiert uns interdisziplinäre Behandlungskonzepte und Innovationen in allen medizinischen Fachrichtungen auf höchstem Niveau. Dieser Wissenstransfer kommt in ausgeprägtem Masse auch der Lehre und Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung zu Gute.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Ärztliche Direktion



03.2017

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **380%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Anne Claussen
 Leitung Qualitätsmanagement
 Universitätsspital Basel
 +41 61 328 54 70
anne.claussen@usb.ch

3 Qualitätsstrategie

Die Qualitätsphilosophie des USB besteht darin, dass die Behandlungsergebnisse und die Ergebnisse unserer Dienstleistungen dem angestrebten Ziel eines ausgezeichneten Leistungsangebotes entsprechen. Unsere Qualitätsphilosophie ist eng verknüpft mit der Vision des USB und basiert auf folgenden Grundsätzen:

- Qualität bedeutet zufriedene Patientinnen und Patienten, die unser Leistungs- und Dienstleistungsangebot schätzen und unser Spital für denselben Eingriff, wenn er erforderlich werden sollte oder für eine Geburt, wieder aufsuchen würden.
- Qualität bedeutet sowohl für Patientinnen/ Patienten und für deren Angehörige und Freunde als auch für die Mitarbeitenden ein klar erkennbares medizinisch-pflegerisches Profil mit ausgeprägter Dienstleistungsorientierung nach innen und aussen.
- Qualitätsmanagement ist mehr als nur ein Werkzeug, es ist Bestandteil unserer Spitalpolitik zur Sicherung und Stabilisierung des universitären Niveaus.
- Die Messlatte für Qualität sind unsere Kennzahlen (Indikatoren), die regelmäßig erhoben und transparent gemacht werden. Sie unterstützen die Mitarbeitenden in ihrem Streben danach „beste Medizin“ anzubieten. Dort wo die Zahlen Handlungsbedarf signalisieren, können entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung des Leistungsangebotes abgeleitet werden, wie es dem „state of the art“ des Qualitätsmanagements entspricht.

Abgeleitet aus der Strategie 2020 sind unsere Aufgaben:

Behandlungsprozesse und Dienstleitungen verbessern

- Kontinuierliche Verbesserung strukturiert implementieren

Behandlungsqualität transparent und steuerbar machen

- QualitätsScoreCard als Steuerungsinstrument etablieren

Value based health care

- Patientennutzen als Qualitätsmerkmal generieren

Patient reported health outcomes

- Gesundheitszustand aus Patientensicht fokussieren

Vernünftige Medizin

- Transparenz und Entscheidungsgrundlagen zugunsten einer „Value-based Healthcare“ (z.B. unnötige Interventionen vermeiden).

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems des USB

Über die erfolgreich installierten Instrumente Patientenbefragung, Rückmeldemanagement und CIRS hinaus hat sich die Spitalleitung entschlossen EFQM als Orientierungsrahmen für das Qualitätsmanagement im USB zu etablieren. Ein Konzept dafür wurde in 2016 erarbeitet. Desweiteren sah die Spitalleitung die Notwendigkeit das Dokumentenmanagement spitalweit zu strukturieren und betraute die Abteilung Qualitätsmanagement Mitte 2016 mit der Projektleitung zur Auswahl und Einführung eines elektronisch unterstützten Dokumentenmanagements.

Qualitätsindikatoren (QIs) in Strategie- und Qualitäts-Scorecard

Im Jahre 2016 wurden von der Spitalleitung im Rahmen der Strategie 2020 zur Behandlungsqualität folgende QIs festgelegt und in QlikView dargestellt: Patientenbefragung stationär und ambulant mit Zufriedenheit zur Behandlungsqualität und Wiederkommen sowie Dekubitus und Sturz. Darüber hinaus wurden die Grundlagen für eine Qualitätsscorecard geschaffen und ein Starterset von vier Indikatoren (Mortalität risikoadjustiert, Indikation zur Anlage Blasenkateter, ZVK-assoziierte Infektionen und Dekubitus im USB erworben) in einem breitangelegten Konsensprozess festgelegt.

Patient Reported Outcome

Mit dem Ziel, seine Behandlungsqualität transparent und steuerbar machen, hat sich das USB im Herbst 2016 entschieden zu klinikspezifischen Behandlungspfaden zwei ICHOM Standard-

Sets zu implementieren: Hüft-/Knie Arthrose und Brustkrebs. Damit soll insbesondere der Patientennutzen z.B. durch die „Patient Reported Outcomes“ deutlicher als bisher aufgezeigt werden können. Die Abteilung Qualitätsmanagement wurde mit der Projektleitung betraut.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

Weiterentwicklung der systematischen und automatisierten ambulanten Patientenbefragung:

Die Daten wurden durch die Software QlikView den Kliniken zur Verfügung gestellt und werden wöchentlich aktualisiert.

Umsetzung der spitalweiten Umsetzung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen:

2016 hat die Spitalleitung den Mindeststandard zur Einführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen verabschiedet und zur Umsetzung freigegeben.

Konzept zur Einführung von EFQM:

2016 wurde das Konzept zur Einführung von EFQM gestartet.

Monitoring der medizinischen Behandlungsqualität:

Das Konzept für die Qualitätscore Card wurde entwickelt und ein Starterset an Indikatoren wurden von Fachspezialisten definiert.

Patientensicherheit:

Seit Februar 2016 führt das Universitätsspital Basel in der Ärztlichen Direktion neu die *Abteilung Patientensicherheit*. Diese Abteilung ist für die strategische Planung und Umsetzung eines umfassenden Programms für die Weiterentwicklung der Patientensicherheit im USB verantwortlich. Zum Kennenlernen des klinischen Betriebs und der Sicherheitskultur im Spital, besuchte der Abteilungsleiter Patientensicherheit bettenführende und andere Abteilungen des USB.

Zuweisermanagement:

2016 wurde das Konzept eines neuen Zuweiser-Service, automatisierte Ein-/Austrittsnachricht per E-Mail, erstellt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Ausblicke 2017

- Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems des USB: Roadmap EFQM, Auswahl und Konzept Rollout elektronisches Dokumentenmanagementsystem.
- Qualitäts-Scorecard: Entwicklung der QIs „Mortalität risikoadjustiert“ und „ZVK-assoziierte Infektionen“ inkl. Erstellung eines Konzeptes zum Umgang mit QIs in der Qualitäts-Scorecards sowie zum Monitoring klinischer Q-Indikatoren durch CMO.
- Projekt ICHOM-Standards (International Consortium for Health Outcomes Measurement) im USB implementieren: Zentrale und patientennahe Datenerhebung und -speicherung und Integration der Standards Hüft-/Knie Arthrose und Brustkrebs in die klinikspezifische Behandlungspfade.
- Patientenbefragung: Fragebogen stationäre Patienten anpassen, Befragungsmodus und Kooperationen prüfen.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ 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 Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonale vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permanente Patientenbefragung von stationären und ambulanten Patienten am USB

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Beteiligung am schweizweiten Fehlermanagement-System "ROSI"

Ziel	Optimierung des Fehlermanagements
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radiologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2015
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Wartezeiten Anzeige für Patienten

Ziel	In den Wartezonen zeigen Monitore die individuelle Wartezeit der Patienten an; dadurch Steigerung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radiologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Installation eines Meldesystems für kritische Befunde

Ziel	Durch ein elektronisches Meldesystem soll die Mitteilung von kritischen Befunde (und deren Empfangsbestätigung) an die Kliniker optimiert und dokumentiert werden.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radiologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Lean: Kärtchen Notfallstation

Ziel	Patienten erhalten auf der NFS ein Kärtchen mit der Telefonnummer der MR-Anmeldung. Patienten können sich aktiv für einen Termin melden. Erhöhung Patientenzufriedenheit durch schnelle Terminvergabe und Erhöhung der Servicequalität.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radiologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Single Point of Contact

Ziel	Eine zentrale Anlaufstelle (eine zentrale Telefonnummer) in der Radiologie. Steigerung der Servicequalität durch Reduktion der Weiterleitungen, Dienstleistungsorientierung und Workflowoptimierung. Erhöhung der Mitarbeiter-, Patienten- und Zuweiserzufriede
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radiologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Elektronische Verordnung/Verlaufsdokumentation/Assessments/Befunde/Berichte

Ziel	Steigerung der Patientensicherheit und Erhöhung der Qualitätssicherung.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Therapiedienste
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Chronic Pain

Ziel	Bezug neue Räume und Anpassung Ressourcen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Anästhesiologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Reduktion Wartezeiten der Notfallpatienten

Ziel	Erhöhung Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Anästhesiologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Zentrale Annahme

Ziel	Inbetriebnahme Zentrale Annahme für die ganze Labormedizin, Ueberprüfung und Optimierung der Zentralen Annahme
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Labormedizin
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Optimierte Anamnese (BPMH) im USB

Ziel	Verbesserung der Arzneimittelsicherheit auf Stufe Anamnese
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spitalpharmazie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Optimierung und Neustrukturierung der Abteilung Patienten Services

Ziel	Verbesserung der klinikinternen Servicequalität und der Mitarbeiterzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Augenklinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Einführung Frühstückswagen auf Bettenstation und Tagesklinik

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Augenklinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Optimierung strukturierte Kommunikation auf Bettenstation durch 7 Ps

Ziel	Verbesserung der Patientensicherheit und -zufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Dermatologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Erweiterung Öffnungszeiten der Risikosprechstunde Schwangere

Ziel	Verkürzung der Wartezeiten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Frauenklinik, Geburtshilfe
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Einführung der Musiktherapie auf der Schwangerenabteilung

Ziel	Verbesserung der Behandlungsqualität und der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Frauenklinik, Geburtshilfe
Projekte: Laufzeit (von...bis)	
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Umsetzung Konzept zur Frühfütterung von Neugeborenen

Ziel	Verbesserung der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Frauenklinik, Geburtshilfe
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Einführung der Musiktherapie auf der Schwangerenabteilung

Ziel	Verbesserung der Behandlungsqualität und der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Frauenklinik, Geburtshilfe
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Umsetzung Konzept zur Frühfütterung von Neugeborenen

Ziel	Verbesserung der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Frauenklinik, Geburtshilfe
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Umsetzung Wärmekonzept für Neugeborene

Ziel	Verbesserung der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Frauenklinik, Geburtshilfe
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Erweiterung der Präoperativen Sprechstunde einschliesslich Case Management

Ziel	Verbesserung der Prozesse, Behandlungsqualität und Mitarbeiterzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Frauenklinik, Gynäkologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Umbau des Empfangsschalters

Ziel	Verbesserung des Patientenflusses und der Mitarbeiterzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	HNO
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Aufbau einer APN Kontinenz

Ziel	Verbesserung Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit, Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spezialkliniken
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2014 - 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Delirmanagement

Ziel	"Evaluation Pflegerischer Delirkonsildienst Aktuell Vorbereitung Publikation und ökonomische Analyse"
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Pflege / MTT
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

ERAS (enhanced recovery after surgery) in der Viszeralchirurgie.

Ziel	"Etablierung ERAS Patientenpfad in der Viszeralchirurgie , definierter Patientenpfad vor, während und nach der Hospitalisation"
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Viszeralchirurgie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Prospektive Multicenterstudie Antibiotikaprophylaxe und Wundinfektionen

Ziel	Evaluieren des optimalen Zeitpunktes zur Verabreichung der Antibiotikaprophylaxe als Schutz gegen Wundinfektionen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Viszeralchirurgie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Delirkonsildienst

Ziel	Durch angepasste Behandlung Verkürzung und tiefere Intensität von Delirien
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Chirurgie Bettenstation
Projekte: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich

Angebotsentwicklung im Bereich Gendervarianz

Ziel	Optimale Betreuung von geschlechtersvarianten Personen vor, während und nach ihrer medizinischen Transition
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Chirurgie in Zusammenarbeit mit diversen Kliniken
Projekte: Laufzeit (von...bis)	kontinuierlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Swiss HIV Cohort Study

Ziel	Optimale Betreuung von HIV-Patienten, Reduktion der HIV-Transmission und Durchführung von Studien im HIV-Bereich in einem schweizweiten Netzwerk der HIV-Kliniken aller schweizerischen Universitätsspitäler und der grossen Kantonsspitäler
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	HIV-Sprechstunde
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Antibiotic Stewardship

Ziel	Bestmöglicher Einsatz von Antibiotika am gesamten USB (Wahl des richtigen Antibiotikums, Dauer der Therapie, Vermeidung eines unnötigen Antibiotikaeinsatzes)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene für das ganze USB
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Swiss Transplant Cohort Study

Ziel	Optimale Betreuung von der Infektionen bei Patienten nach Tranplantation, Reduktion der Infektionen und Durchführung von Studien im Transplant ID Bereich in einem schweizweiten Netzwerk aller schweizerischen Universitätsspitäler und der grossen Kantonsspi
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2008 bis auf weiteres
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Fungal Infection Network of Switzerland (FUNGINOS)

Ziel	Surveillance invasiver Pilzkrankungen (Candida, Schimmelpilze), Evaluation der Diagnostik, Resistenzlage und neuer Therapie bei Pilzkrankungen in einem schweizweiten Netzwerk aller schweizerischen Universitätsspitäler und der grossen Kantonsspitäler
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2003 bis auf weiteres

Infusion von Virus-spezifischen T- Lymphozyten bei Patienten nach allogener Stammzelltransplantation zur Behandlung von Virusinfektionen

Ziel	Klinischer trial zur Therapie von Therapie-refraktären Erkrankungen anch allogener HSZT
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2015
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Intervention zur Vermeidung postoperativer Infektionen

Ziel	Reduktion um >10% des Ausgangswertes
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Erfassung Zentral-venöser Katheterinfektionen

Ziel	Reduktion um 30% des Ausgangswertes
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2012
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Erfassung Compliance Händedesinfektionen

Ziel	Compliance >80%
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2010
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Prospektive SAKK Multizenterstudie: TachoSil bei Axilladissektionen

Ziel	Einfluss auf Lebensqualität und Gesundheitskosten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Viszeralchirurgie und Gynäkologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Patientenzufriedenheit nach rekonstruktiver, onkologischer Chirurgie der Brust

Ziel	Besseres Verständnis, welche Bedeutung die Wiederherstellung der Brust nach Tumoroperationen für verschiedene Frauen hat. Es geht darum, in welcher Weise die Brust und ihre Veränderungen mit dem Selbstbild, dem Körperbild und generell mit der Identität der
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Tumorzentrum, Chirurgie Bettenstationen und Ambulatorien
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2009 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

Bemerkungen

Das Departement Anästhesiologie des Universitätsspitals Basel hat seit 1995 eine international anerkannte Pilotfunktion übernommen und führt seither ein elektronisch gestütztes CIRS-System am Universitätsspital Basel. Seit 2009 wurde CIRS@USB als „Frühwarnsystem“ zur Erkennung von Schwachstellen im gesamten Universitätsspital Schritt für Schritt eingeführt. Seit Juli 2015 wird CIRS@USB nun flächendeckend am USB genutzt.

Die Critical Incidents werden vom CIRS-Team des jeweiligen Meldekreises anonymisiert, kategorisiert, analysiert, beantwortet, lösungsorientiert bearbeitet und als Lernfall USB intern veröffentlicht. Komplexe und spitalrelevante Fälle werden interdisziplinär im CIRS-Leitungsgremium diskutiert und bearbeitet mit dem Ziel, fehlerhafte Arbeitsprozesse, Handlungen und Methoden zu erkennen und zu hinterfragen. Gegebenenfalls werden Alerts zusammen mit Fachspezialisten erstellt. Im Berichtsjahr 2016 wurden insgesamt 1160 CIRS-Zwischenfälle gemeldet. Dies bestätigte, dass die Berichtenden CIRS als Fehlermeldesystem akzeptieren und als Chance zur Verbesserung der Patientensicherheit nutzen.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2008 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/ressorts/aerztliche-direktion/aktuelles/iqm-qualitaetsindikatoren/> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2016 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

4.5 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.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2011
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	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
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2007
NICER Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org	K.A.
KRBB Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft	Alle	www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/krebsregister-beider-basel/	K.A
SOL-DHR Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) www.lebendspende.ch/de/verein.php	1993
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	K.A.

Quality Management in rheumatic diseases			
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	1996
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iump.ch/ADS	2007
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2006
STR Schweizer Traumaregister	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.adjumed.ch	K.A.
KTRZ Knochtumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochtumor-referenzzentrum/	K. A.

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Swissmedic-BAG: Bewilligung zur Herstellung von Transplantatprodukten	Labormedizin, Diagnostische Hämatologie, GMP-Labor	2011	2016	Swissmedic-BAG
EFI Akkreditierung	Labormedizin, Diagnostische Hämatologie, HLA und Immunogenetik	2005	2016	EFI Accreditation Office, Leiden, NL
JACIE Akkreditierung	Labormedizin, Diagn. Hämatologie Stammzellen ZEA (Klinik)	2005	2015	Hämatopoetische Zellen Transplantation (HZTx)
GUMG, Betriebsbewilligung für molekulargenetische Untersuchungen	Labormedizin, Diagnostische Hämatologie	2009	2015	BAG
JACIE Akkreditierung, Bearbeitung von hämopoietischen Stammzellen	Labormedizin, Diagnostische Hämatologie	2005	2015	JACIE Accreditation ISCT-EBMT
Swissmedic-BAG: Betriebsbewilligung für Lagerung von hämopoietischen Stammzellen	Labormedizin, Diagnostische Hämatologie	2008	2015	Swissmedic-BAG
Eduqua	Bildung und Entwicklung	2011	2016	Qualitätslabel, Anerkennung durch Schweiz. Vereinigung für Qualitäts- und Management Systeme (SQS)
ISO 9001:2008	Zentralsterilisation	2008	2014	jährliche externe Audits durch Swiss TS, Reg.# 08-279-065 und 08-279-036, Periodisch durch SWISSMEDIC
ISO 13485:2003	Zentralsterilisation	2008	2014	jährliche externe Audits durch Swiss

				TS, Reg.# 08-279-065 und 08-279-036, Periodisch durch SWISSMEDIC
NNPN-zertifizierte Ausbildungsorganisation Nationales Netzwerk Psychologische Nothilfe)	Bildung und Entwicklung	2008	2015	Anerkennung durch NNPN
SVEB-Zertifikat (Stufe 1)	Bildung und Entwicklung	2011	2017	Gültig bis 2017; Zertifikat von Ausbildung der Ausbildenden AdA --> zertifiziert vom schweizerischen Verein für Erwachsenenbildung
European board and College of Obstetrics and Gynaecology & European Society of Human Reproduction and Embryology	Frauenklinik	2011	2016	Akkreditierung der Abteilung Reproduktionsmedizin als European Centre in Reproductive Medicine, gültig bis 2016
LGA InterCert Zertifizierungsgesellschaft: Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2008 für Reproduktionsmedizin	Frauenklinik	2004	2014	DIN EN ISO 9001:2008, gültig bis 2017
Schweizerische Akkreditierungsstelle: nach Norm ISO/IEC 17025	Frauenklinik	2005	2015	Akkr. Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, gültig bis 2021
METAS / SAS - Prüfstelle	Frauenklinik, Gynäkologische Endokrinologie / Reproduktionsmedizin	2005	2015	ISO/IEC 17025
Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin	Frauenklinik	2008	2015	

World Health Organization UNICEF: Auszeichnung als stillfreundliches Hospital	Frauenklinik	2004	2014	Gültig bis 2017
DKG Krebsgesellschaft: Fachliche Anforderungen an Gynäkologische Krebszentren (FAG)	Frauenklinik	2015	2015	Gültig bis 19.12.2018
TÜV-Süd: Gynäkologisches Tumorzentrum	Frauenklinik	2015	2015	Gültig bis 08.07.2018
EBCOG: European Training Centre in Obstetrics and Gynaecology	Frauenklinik	2002	2015	Gültig bis 01.07.2019
FMH: Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Gynäkologie und Geburtshilfe	Frauenklinik	2015	2015	
"Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle, Norm ISO IEC 17020, ISO IEC 34-1 ILAC G-13 "	Dermatologie	2009	2015	Forderungen der QUALAB: Zertifikat für das Labor
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle: Norm ISO CEI 17043 und QUALAB- Vorgaben	Dermatologie	2009	2015	Zertifikat 2012 für die externe Qualitätskontrolle für das Labor
Akkreditierung nach DIN ISO/ IEC 17025 und 15189	Pathologie	2014	2015	SAS
Anerkennung als mikrobiolog. und serolog. Labor	Labormedizin, Infektionsserologie, Klinische Chemie, Klinische Mikrobiologie	2005	2005	Swissmedic
Ausbildungslabor für Liquordiagnostik und Klin. Neurochemie	Klinische Chemie, Proteinlabor	2010	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	Labormedizin	2005	2015	Swissmedic

eine Transfusion, Transplantation oder				
Bewilligung zur Herstellung von TransplantatProdukten	Labormedizin, Diagn. Hämatologie, GMP-Labor	2011	2016	Swissmedic
EFI Akkreditierung	Labormedizin, Hämatologie, Molekulare Diagnostik	2005	2016	EFI Accreditation Office, Leiden, NL
GUMG, Betriebsbewilligung	Labormedizin, Hämatologie, Molekulare Diagnostik	2009	2015	Swissmedic
Stammzellen Lagerung Betriebsbewilligung	Labormedizin, Diagn. Hämatologie Stammzellen ZEA (Klinik)	2008	2015	Swissmedic
SWISSMEDIC - Bewilligung	Spitalpharmazie	2007	2013	zur Herstellung von Arzneimitteln
SWISSMEDIC-BAG	Medizinische Genetik	2009	2013	
Qualitätslabel Brustzentrum der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie	Brustzentrum	2011	2012	Gültig bis 2016
SWISSMEDIC-BAG	Gefässchirurgie	2009	2013	
Qualitätslabel Brustzentrum der Deutschen KrebsgesellschaftDKG	Brustzentrum	2015	2015	Gültig bis 2018
Deutschen KrebsgesellschaftDKG	Gynäkologisches Tumorzentrum	2015	2015	Gültig bis 2018
Deutschen KrebsgesellschaftDKG	Zentrum für Hauttumore	2015	2015	Gültig bis 2018

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Den Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Permanente Patientenbefragung von stationären und ambulanten Patienten am USB

Stationäre Patientenbefragung

Seit 2010 werden mittels der stationären Patientenbefragung Daten zur Versorgungsqualität der Patienten am Universitätsspital Basel erhoben und halbjährlich USB intern publiziert. Bis 2016 wurden über 180'000 stationäre Patienten zu Themen wie Behandlungsqualität, Mitbestimmung, Medikation und Austritt befragt. Der Rücklauf beträgt mittlerweile über 100'000 Patientenmeinungen. 2016 wurden 29'681 Patienten befragt, die Rücklaufquote betrug 28,4% (entspricht 10'209 Fragebogen). Im 2016 beurteilten 94,8% der Patienten die Behandlungsqualität als „ausgezeichnet“ und „gut“, 94,7% würden unser Spital bei einem ähnlichen Krankheitsleiden oder für eine Geburt wieder wählen.

Ambulante Patientenbefragung

Nach der erfolgreichen Einführung der ambulanten Patientenbefragung im 2014 wurde die Befragung mit Hilfe der Rückmeldungen aus den Organisationseinheiten weiter optimiert. Zudem wurden weitere Organisationseinheiten der Befragung angeschlossen. Auch 2016 wurde auf eine Vollerhebung verzichtet, um bei wiederkehrenden Patienten eine Mehrfachbefragung zu vermeiden. Die Befragung umfasste 87'486 Patienten, die Rücklaufquote betrug 32,8% (entspricht 28'674 Fragebogen). 2016 beurteilten 85,0% der Patienten die Behandlungsqualität als „überragend“ und „sehr gut“ und 91,5% würden unser Spital bei einem ähnlichen Krankheitsleiden wieder wählen. Diese guten Ergebnisse der Befragung sind gleichzeitig die Messlatte, die mindestens wieder erreicht, wenn nicht sogar übertroffen werden soll.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Einschlusskriterien:

Ambulant: definierte Kriterien im Bereich der Leistungserfassung, direkten Patientenkontakt, Patienten im Alter >17

Stationär: Alle stationär behandelte Patienten im Alter >17

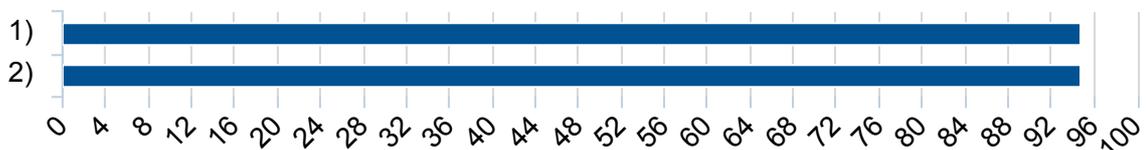
Ausschlusskriterien:

Stationär & Ambulant: Neugeborene, im Spital verstorbene, jünger als 17 Jahre.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben, beurteilen?
- 2) Würden Sie für dieselbe Erkrankung/eine Geburt wieder in unser Spital Kommen?



0 = Schlecht / eindeutig nicht bis / 100 = Ausgezeichnet / eindeutig ja

■ Universitätsspital Basel

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Fragen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)		
Universitätsspital Basel	94.80	94.70	38883	32.00 %

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

Permanente Patientenbefragung Universitätsspital Basel

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Universitätsspital Basel

Rückmeldemanagement

Vera Basler

Qualitätsbeauftragte

061 265 92 84

vera.basler@usb.ch

Montag - Freitag, 9.00 - 16.00 h +41 (0)61

265 29 00, qmfeedback@usb.ch

Seit 2009 führt das USB ein systematisch
bearbeitetes zentrales

Rückmeldemanagement

Behandlungsqualität

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken 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. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen***.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ Gallenblasen-Entfernungen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Herzchirurgie
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
Universitätsspital Basel						
Gallenblasen-Entfernungen	206	1	2.80%	0.60%	1.78%	0.50% (0.00% - 2.70%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	141	14	22.60%	30.80%	20.00%	9.90% (5.50% - 16.10%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
Universitätsspital Basel						
Herzchirurgie	551	30	5.50%	3.10%	2.89%	5.40% (3.70% - 7.70%)
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	105	1	5.00%	3.70%	1.02%	1.00% (0.00% - 5.20%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	79	2	6.30%	1.00%	0.99%	2.50% (0.30% - 8.80%)

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Swissnoso
---------------------	-----------

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 eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2013	2014	2015	2016
Universitätsspital Basel				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	18	15	16	17
In Prozent	4.00%	3.30%	3.70%	3.90%

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Seit 2013 wird das Thema Sturzprävention am USB systematisch und kontinuierlich aufgearbeitet. In einer Pilotierungsphase wurde auf fünf Bettenstationen das „Sturzpräventionsprogramm Patienten“ eingeführt. Pflegeteams sollen befähigt werden, das Sturzrisiko bei Eintritt aller Patienten zu erfassen und entsprechende Massnahmen zur Sturzprävention abzuleiten. Sturzereignisse werden dezentral erfasst und protokolliert. Schwere Sturzereignisse werden im Rahmen von systematischen Fallanalysen mit den Pflegeteams bearbeitet, um Lern- und Verbesserungspotenziale aufzudecken bzw. hinsichtlich der Sturzprävention zu sensibilisieren. Im 2015 begann spitalweit die Ausweitung des Programms, das Ende 2017 auf allen Bettenstationen eingeführt sein soll. Im Rahmen einer nachhaltigen Verankerung des Sturzpräventionsprogramms auf den Bettenstationen ist Ziel, bestmöglich Risikopatienten zu identifizieren, Stürze zu verhindern und adäquat auf sie zu reagieren sowie den Anteil schwerer Sturzverletzungen zu reduzieren.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen 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. 	
Universitätsspital Basel			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	446	Anteil in Prozent (Antwortrate)	75.70%

13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. 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 Schwerkraften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus 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.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Universitätsspital Basel						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	17	21	25	19	4.30%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	10	10	18	8	1.80%

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das Thema Dekubitusprävention wird im USB systematisch verfolgt. Für 2017 ist die Umsetzung der Empfehlungen der Leitlinie zur Dekubitusprävention und Dekubitusmanagement Kategorie 1 und 2 geplant. Angeboten werden in diesem Rahmen zwei ganztägige Schulungen für Pflegende mit dem Fokus auf Dekubitusprävention. In Vorbereitung ist die spitalweite systematische Überprüfung und Bedarfsermittlung von Positionierungsmaterial.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen 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. 	
Universitätsspital Basel			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	446	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	75.70%

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Abteilung Patientensicherheit

Sicherheitsrundgänge im USB

Hintergrund

Seit Februar 2016 führt das Universitätsspital Basel (USB) in der Ärztlichen Direktion neu die *Abteilung Patientensicherheit*. Diese Abteilung ist für die strategische Planung und Umsetzung eines umfassenden Programms für die Weiterentwicklung der Patientensicherheit im USB verantwortlich. Zum Kennenlernen des klinischen Betriebs und der Sicherheitskultur im Spital, besuchte der Abteilungsleiter Patientensicherheit bettenführende und andere Abteilungen des USB.

Vorgehen

Die Vor-Ort Sicherheitsbesuche im USB orientierten sich an den *Leadership Safety Walk Rounds*, die als eine viel versprechende Strategie gelten, um in Spitälern die Sicherheitskultur zu fördern und dadurch die Patientensicherheit zu optimieren. An vereinbarten Besuchsterminen nahmen jeweils drei bis fünf Fachpersonen (Kaderärzte, Pflegende, Andere) einer Abteilung teil. Während der 30 bis 40 Minuten dauernden Treffen wurde der Themenkreis Patientensicherheit anhand bestimmter Leitfragen besprochen. Zum Beispiel: „*Wann ist bei Ihnen das letzte Mal ein Patient (beinahe) zu Schaden gekommen/verletzt worden?*“ oder „*Welchen Handlungsbedarf zur Gewährleistung/ Verbesserung der Patientensicherheit sehen Sie in ihrem Verantwortungsbereich?*“ Zusätzlich beurteilten die Fachpersonen die Patientensicherheit in ihrer Abteilung, indem sie diese auf einer Skala von 1 (=sehr unsicher) bis 10 (=sehr sicher) einschätzten. Die angesprochenen Themen sind als Feldnotizen erfasst und anschliessend ausgewertet worden.

Ergebnisse

Zwischen April 2016 und Januar 2017 fanden 44 Vor- Ort Besuche in Teams der vier USB Führungsbereiche Chirurgie, Medizin, Medizinische Querschnittsfunktionen und Spezialkliniken statt. Insgesamt beteiligten sich 187 Fachpersonen: 120 Pflegende (64%), 36 Kaderärztinnen/-ärzte (19%) und 31 andere Fachpersonen (17%) wie Biomed. Analytiker, Hebammen, Physio- und Ergotherapeuten. Folgende Themenkreise (Beispiele) wurden besprochen.

Ereignisse/Umstände potentieller Gefährdung der Patientensicherheit: Stürze, Dekubitus, Medikationsfehler, Patientenverwechslungen, Kommunikationsprobleme usw.

Sicherheitskultur (Sichere Versorgung und Umgang mit Ereignissen): Standards (z.B. zu Dekubitusprophylaxe, 5-R-Regel), CIRS, Fallbesprechungen, M&M Konferenzen, Feedback an Hersteller usw.

Handlungsbedarf vor Ort: Betreuungsqualität erhalten: z.B. Einsatz von Fachpersonal optimieren, Sicherheitsrisiken proaktiv erkennen z.B. Besprechen von Fehlern interprofessionell unterstützen usw.

Unterstützungsbedarf (Erwartungen an USB Leadership): Grossprojekte besser, unter Einbezug der Betroffenen vorbereiten, lokale Kapazitäten berücksichtigen, Abteilungsanliegen ernst nehmen usw.

Generelle Beurteilung der Patientensicherheit: Die Einschätzungen (1=sehr unsicher bis 10=sehr sicher) lagen im Mittel bei „guten“ 7.5 und sind Momentaufnahmen lokaler Alltagserfahrungen.

Schlussfolgerungen

Die Vor-Ort Besuche des Abteilungsleiters Patientensicherheit wurden von den Beteiligten geschätzt, als wichtig erachtet und erwiesen sich als äusserst aufschlussreich. Die unerwünschten Ereignisse in

den USB Behandlungsprozessen, die die Patientensicherheit gefährden können, decken sich mit der einschlägigen Literatur. Das USB unterscheidet sich hier nicht von anderen Spitälern.

Erwartungsgemäss verfügen alle Abteilungen über Verfahren und Prozesse, um die Patienten sicher zu untersuchen, zu behandeln und zu betreuen. Die Vor-Ort Besuche zeigten, dass eine gute Basis vorhanden ist, um die Sicherheitskultur im USB mit ihren lokalen Ausprägungen weiter auszugestalten. Dazu sind folgende prioritäre Handlungsfelder zu nennen:

- Leadership auf allen Stufen fordern und fördern
- Interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken
- Klinische Informations- und Kommunikationstechnologien nutzerorientiert ausbauen

Die Weiterentwicklung der Patientensicherheit im USB wird unterstützt durch die assoziierten Programme und Aktivitäten der Abteilung Patientensicherheit, die z. B. in Zusammenarbeit mit der Abteilung Qualitätsmanagement durchgeführt werden.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Etablierung Lean@usb

Mit Hilfe des spitalweiten Programms Lean@USB konnten im Jahr 2016 für die Patienten Qualitätsverbesserungen erreicht werden. Ziel von Lean@USB ist es, für die Patienten eine verbesserte Qualität zu erreichen und parallel die Mitarbeiterzufriedenheit und die Produktivität zu erhöhen.

Im Bereich Spezialkliniken fanden Lean-Aktivitäten im Jahr 2016 vorrangig in der Augenklinik und in der Dermatologie statt. Mit dem neuen Gerät „Happy or not“ wurde an insgesamt sechs Standorten eine Patientenbefragung in Echtzeit über einen längeren Zeitraum durchgeführt. Die Ergebnisse des jeweils vergangenen Tages wurden dabei beim morgendlichen Huddle diskutiert und es wurden Schwachstellen identifiziert. Dies wurde von den Patienten durchgängig gut angenommen. In der Sprechstunde Medical Retina konnte über das Jahr gesehen so eine deutliche Steigerung der sehr zufriedenen Patienten erreicht werden (+17 Prozentpunkte sehr zufriedene Patienten im Zeitraum März-August 2016). Neben der verbesserten interprofessionellen Kommunikation durch den flächendeckenden Huddle in der Augenklinik konnten im KVP-Meeting (kontinuierlicher Verbesserungsprozess) zahlreiche neue Verbesserungsmassnahmen erstellt werden. Beispiele für solche Massnahmen sind:

- eine Checkliste zum neu definierten Ablauf der Injektionen auf der Tagesklinik
- eine Kinderspielecke im Hauptgebäude
- die Erstellung eines Anamnesebogens in der Orthoptik und zahlreiche weitere Verbesserungen im Sinne unserer Patienten.

Auf der Dermatologie führte die Umstellung zur Lean-Station zu niedrigeren Klingelraten, mehr Zeit der Pflege am Patienten sowie, dank Einführung von Zonenkonzept und Tandemarbeit, zu klareren und transparenteren Zuständigkeiten von Ärzten und Pflegenden.

Im Bereich Chirurgie sank die Zahl der Stürze von 2015 auf 2016 im USB um 16,9%, auf den beiden ‚Lean-Stationen‘ dagegen um 35,7% und 66,0%, wobei die eine jetzt den besten Wert in der Chirurgie aufweist, die andere nur noch den drittschlechtesten. Allerdings sind die Sturzszenarien multifaktoriell, ein isolierter ‚Lean‘ Effekt ist daher nicht darstellbar.

Im Bereich medizinischer Querschnitt konnte durch den Umbau der Therapien der Betrieb im Sinne der Patienten an einem Standort zusammengeführt werden. Die neue innenarchitektonische Gestaltung, wie auch die neue Anmeldung und verbesserte Signalistik dienen als Orientierungshilfe und Dienstleistung für den Patienten. Zusätzlich zu den aufgewerteten Wartebereichen ermöglicht die neue Garderobe einen besseren Patientenfluss in den ebenfalls neuen Kraft- wie auch im Bewegungsraum. Zusätzlich wurden alle Behandlungskabinen standardisiert. Erste ‚Happy or Not‘-Resultate zeigen eine grosse Zufriedenheit bei den Patienten mit der neuen Anmeldung.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung der medizinischen Tumorzentren

Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. wird 2017 sechs Organtumorzentren und die das onkologische Tumorzentrum zertifizieren. Die sechs Organtumorzentren sind folgende:

- Brustzentrum
- Gynäkologisches Tumorzentrum
- Zentrum für Hauttumore
- Bauchtumorzentrum
- Zentrum für Kopf-, Hals- und Augentumore
- Urologisches Tumorzentrum

Diese Zertifizierung bestätigt, dass die Patienten grundsätzlich und zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung im Tumorzentrum behandelt werden und dass die Behandlung ganzheitlich stattfindet. Eine ganzheitliche Behandlung bezieht alle für Krebserkrankungen relevanten Disziplinen mit ein sowie auch die Pflege und unterstützende Angebote, wie eine Ernährungs- oder Schmerztherapie. Auch externe Partner können in das Behandlungsangebot einbezogen werden. Wichtig ist, dass die Arbeitsweise aller Teilnehmer aufeinander abgestimmt ist und somit zu einer optimalen Versorgung des Patienten führt.

19 Schlusswort und Ausblick

Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems des USB:

2017 ist ganz im Sinne der Vorbereitung für die EFQM-Selbstbewertung der Spitalleitung. Die EFQM-Selbstbewertung durch die Spitalleitung ist für 2018 vorgesehen.

Qualitäts-Scorecard:

Das Monitoring von Qualitätsindikatoren ist ein zentraler Bestandteil zur Weiterentwicklung und Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität. Die Entwicklung der Q-ScoreCard für das USB ist ein Teilziel zur Umsetzung der „Strategie 2020“. Die zur Abbildung von Spitalbehandlungsqualität ausgewählten vier Q-Indikatoren „Blasendauerkatheter Indikation“, „Dekubitus inhouse“, „Mortalität risikoadjustiert“ und „Zentraler Venenkatheter“ bilden das Starterset in der neuen Q-ScoreCard.inkl. Erstellung eines Konzeptes zum Umgang mit den Qualitätsindikatoren in der Qualitäts-Scorecards.

Projekt ICHOM-Standards im USB implementieren:

Das USB möchte sich verstärkt an „Patient Reported Outcome“-Messungen nach ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) orientieren, um den Nutzen unserer Behandlung für unsere Patienten zu erfassen. In diesem Projekt sollen Prozesse zur Erfassung und Auswertung der in den ICHOM-Standards für die Krankheitsbilder Brustkrebs und Hüft-Knie-Arthrose enthaltenen Daten gestaltet werden. Die Erfassung und Auswertung der Daten soll elektronisch unterstützt und dazu eine IT-Lösung angeschafft werden.

Patientenbefragung:

Optimierung der Patientenbefragung der stationäre Patienten konzipieren und Anpassungen in den Bereichen Befragungsmodus und externe Kooperationen mit diversen Spitälern der Schweiz prüfen.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Schwere Hauterkrankungen
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung
Cochlea Implantate (IVHSM)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Spezialisierte Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Epileptologie: Komplex-Diagnostik
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Strabologie
Orbitaprobleme
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)
Glaukom
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
Hormone (Endokrinologie)

Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe
Grosse Lebereingriffe
Oesophaguschirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe
Interventionen intrakranielle Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Einfache Herzchirurgie
Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Koronarchirurgie (CABG)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra

Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Transplantationen
Transplantationen solider Organe (IVHSM)
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochtumore
Plexuschirurgie
Replantationen
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und \geq 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. SSW und \geq 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und \geq 2000g)
Neonatalogie (Level IIB, ab 32. SSW und \geq 1250g)
Spezialisierte Neonatalogie (Level III)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie

Radio-Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
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 und Rehabilitation 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 Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/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.

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.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 Wissenschaft (**SAMW**).