

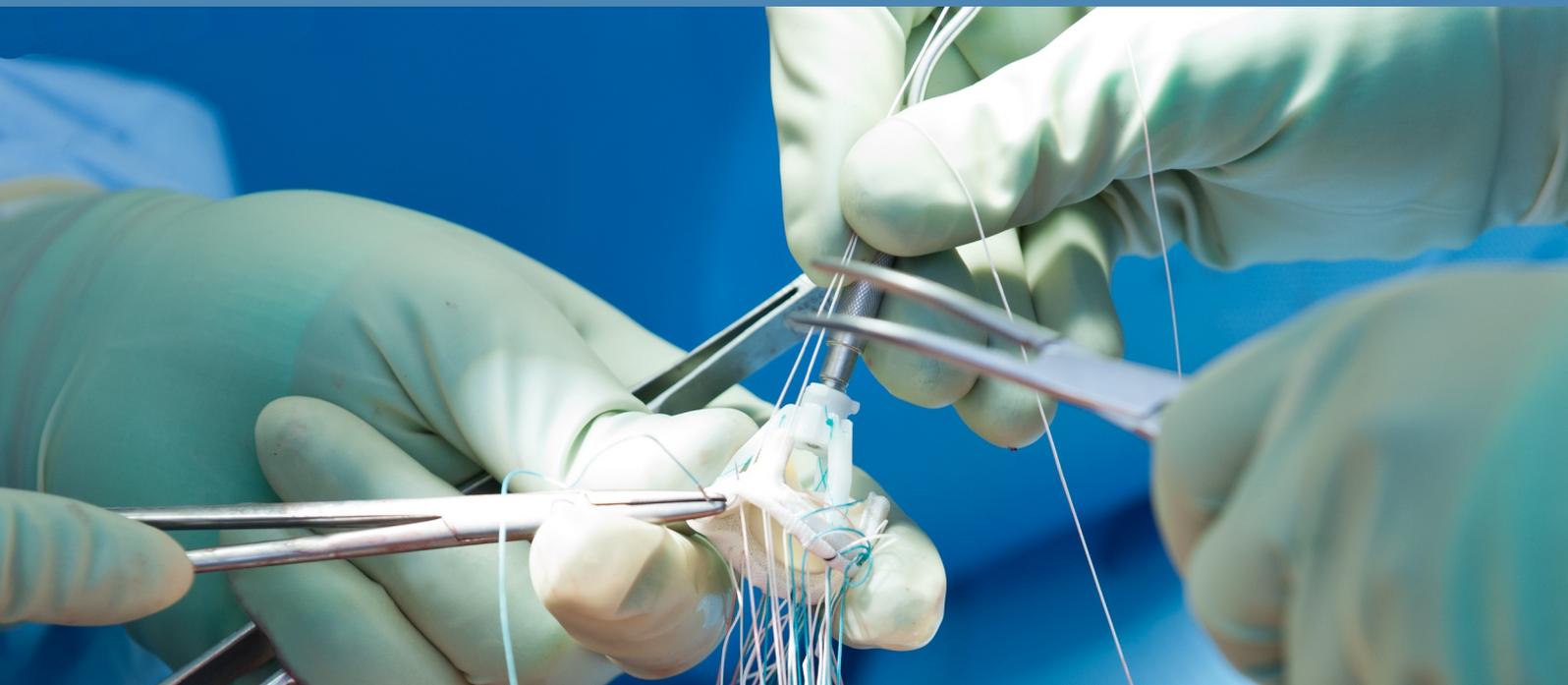
Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2018
Christoph A. Meier, Ärztlicher Direktor, Stv. Spitaldirektor

Version 1



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 2017.

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 der Vorlage 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 2017

Susana Sanchez
Qualitätsbeauftragte
+41 61 556 57 19
susana.sanchez@usb.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

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. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und 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. Die Publikationen hierzu 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 2017	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	13
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	13
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	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	14
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	27
Befragungen	28
5 Patientenzufriedenheit	28
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	28
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	32
7.1 Eigene Befragung	32
7.1.1 USB Mitarbeiterbefragung 2017	32
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	33
9 Wiedereintritte	33
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	33
10 Operationen	35
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	35
11 Infektionen	36
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	36
12 Stürze	39
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	39
13 Wundliegen	41
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	41
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	

17

Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.

18	Projekte im Detail	43
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	43
18.1.1	Value-Based Health Care - Patient Reported Health Outcomes	43
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	44
18.2.1	Follow-up Evaluation "Checkliste Sichere Chirurgie"	44
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	45
18.3.1	EFQM - Validierung C2E*	45
19	Schlusswort und Ausblick	46
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		47
Akutsomatik		47
Anhang 2		
Herausgeber		51

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 2017:

- Jahresgewinn CHF 4.1 Millionen
- Stationäre Austritte: 37'891 (+ 7% zu 2016)
- Ambulante Kontakte: 1'047'452 (+ 3% Patientenkontakte zu 2016)
- 47.7% (Vorjahr 48.1%) der 2017 am USB behandelten Patienten kamen aus dem Kanton Basel-Stadt
- 7219 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus 88 Nationen arbeiteten 2017 im Universitätsspital Basel

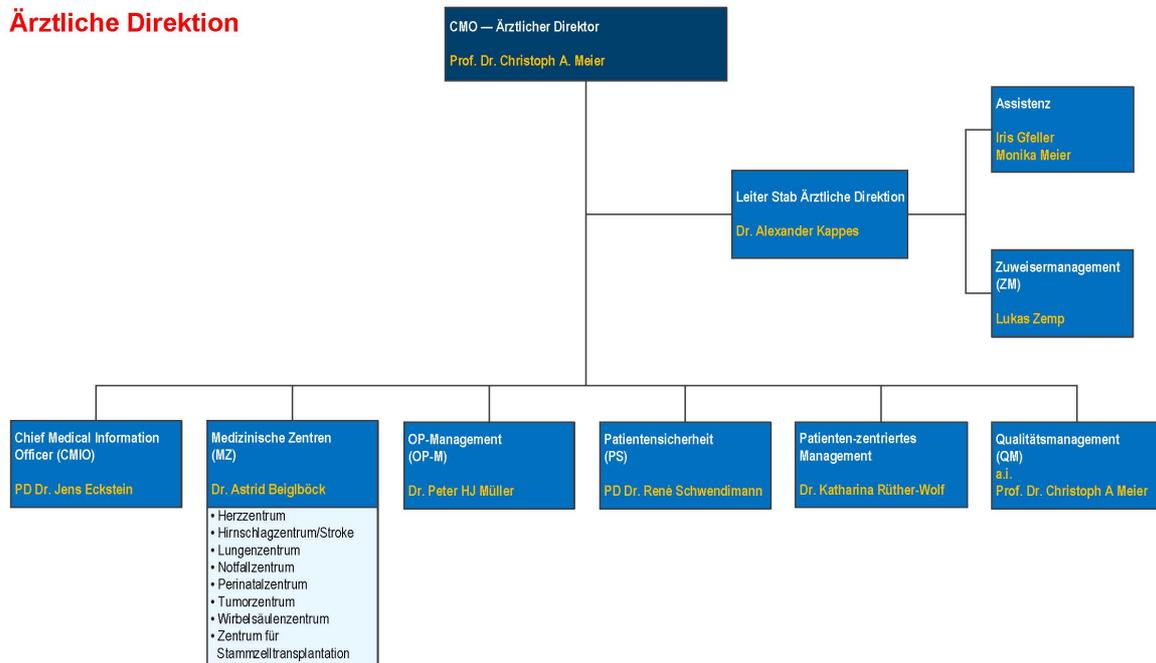
Die enge Zusammenarbeit mit der ältesten Universität der Schweiz und den global führenden Life Science-Unternehmen in Basel garantiert uns interdisziplinäre Behandlungskonzepte und Innovationen in allen medizinischen Fachrichtungen auf höchstem Niveau. Dieser Wissenstransfer kommt in ausgeprägtem Masse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



11.2017

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **390** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Susana Sanchez
 Qualitätsbeauftragte
 Universitätsspital Basel
 +41 61 556 57 19
susana.sanchez@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 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
- 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 ergeben sich für das Qualitätsmanagement am Universitätsspital Basel folgende Aufgaben:

Behandlungsprozesse und Dienstleistungen 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).

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Patient Reported Health Outcomes

Seit 2017 werden in der Klinik für Orthopädie / Traumatologie und im Brustzentrum des USB sogenannte *Patient reported outcomes* systematisch erfasst. Hierfür wurden definierte Standard-Sets des International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) in die klinikspezifischen Behandlungspfade integriert (www.ichom.org). Patientinnen und Patienten werden zu ihrem subjektiv wahrgenommenen Behandlungserfolg und ihrer Lebensqualität digital befragt. Die Ergebnisse stehen dem Behandlungsteam sofort und auf einen Blick zur Verfügung und können in der Sprechstunde mit der Patientin, dem Patienten besprochen werden.

Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems des USB

2017 hat die Spitalleitung für die Umsetzung des EFQM Modells, Validierung C2E*, eine Selbstbewertung durchgeführt. Aus der Selbstbewertung wurden drei Verbesserungspotenziale identifiziert und deren Umsetzung für 2018 geplant. Mit diesen drei Verbesserungsprojekten erfolgte die Anmeldung für die EFQM Validierung C2E* (Committed to Excellence).

Qualitätsindikatoren (QI's) im Strategie- und Qualitäts-Scorecard

2017 wurde ein Qualitätsindikatoren Monitoring in der ärztlichen Direktion aufgebaut. Mit der Qualitäts-Scorecard soll zukünftig ein Steuerungsinstrument zur Verfügung stehen, welches Kennzahlen automatisiert, transparent und nutzerspezifisch zugänglich abbildet. 2017 wurden hierfür die konzeptionellen Grundlagen geschaffen und die ersten fünf ausgewählten Qualitätsindikatoren in interprofessionellen Expertengruppen bearbeitet (Sturz, Indikation Blasenkatheter, ZVK-assoziierte Infektionen und Dekubitus).

CIRS

2017 befassten sich mehr als 50 CIRS Team-Mitglieder mit der Analyse und Bearbeitung eingegangener Meldungen. Insgesamt konnten bei rund einem Drittel der Meldungen Verbesserungsmassnahmen abgeleitet und initiiert werden.

DrugSafety@USB

2017 wurde das Programm DrugSafety@USB etabliert und ausgeweitet mit Anpassung der Organisation wie Programmausschuss und Initiierung des Teilprojekts 4 „Closed Loop Medication Documentation“.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Patient Reported Health Outcomes

Die Standard Sets von ICHOM wurden in der Klinik für Orthopädie / Traumatologie und dem Brustzentrum eingeführt. Die Einführung in weiteren Kliniken wurde geplant.

CIRS@USB

Das Critical Incident Reporting System wurde von der Abteilung Patientensicherheit erfolgreich fortgeführt und weiter vorangetrieben. So konnte das System mit neuen Software Ergänzungen (z.B. PDCA Modul, Fallrückweisungsmöglichkeiten etc.) ausgebaut werden. Weiter wurde die Berichterstattung (Halbjahresreport & Jahresbericht) seitens der Abteilung Patientensicherheit neu strukturiert und gekürzt, um rasch die wesentlichen Informationen abzubilden. Neben der CIRS@USB Information im Rahmen der Einführungstage, werden nebst den Pflegefachpersonen neu auch die Ärztinnen und Ärzte bereichsübergreifend informiert.

DrugSafety@USB

Aus dem gleichnamigen Projekt zur Förderung der Arzneimittelsicherheit im Universitätsspital Basel von 2014 hervorgegangen, wird DrugSafety@USB seit 2017 als Programm weitergeführt und ist mit den Abteilungen Patientensicherheit und Klinische Pharmakologie & Toxikologie assoziiert. Im Berichtsjahr zeichneten sich die Schwerpunkte durch Verbesserungsmassnahmen in der elektronischen Kurve in Zusammenarbeit mit der IT, den klinischen Bereichen und der Spitalpharmazie aus durch die schrittweise Behebung von patientengefährdenden Mängeln inklusive der Erhöhung der Systemzuverlässigkeit.

Sichere Chirurgie

Das Projekt *Follow-up Evaluation Checkliste Sichere Chirurgie* wurde per Ende Jahr erfolgreich abgeschlossen. Hierzu wurde die Checkliste auch revidiert und nach einer interdisziplinären Vernehmlassung per 1.1.2018 in Kraft gesetzt. Dazu kamen erste Vorbereitungen zur bereichsübergreifenden Organisation eines Programms „Sichere operative Medizin“.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Ausblicke 2018

Patient Reported Health Outcomes

2018 werden folgende Standard-Sets am Universitätsspital Basel implementiert:

- Angst und Depression
- Darmerkrankungen
- Koronare Herzkrankheit
- Prostatakarzinom
- Rückenschmerzen
- Schlaganfall
- Hyperaktive Blase
- Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

EFQM

2018 werden die drei Verbesserungsprojekte zur Erlangung des Reifegrades „Verpflichtung zu Excellence (C2E)“ umgesetzt. Die drei Projekte sind in den Bereichen Ärztliche Direktion, Finanzen und Personal angesiedelt. Ziel ist es, die drei Verbesserungsprojekte im ersten Quartal 2019 umgesetzt und auf deren Wirksamkeit überprüft zu haben. Die Validierung für die EFQM Zertifizierung erfolgt ebenso im ersten Quartal 2019.

Qualitätsindikatoren (QI's) und Qualitäts-Scorecard

2018 werden für die bisher definierten Qualitätsindikatoren die klinischen Dokumentationsprozesse sowie die Datenqualität evaluiert. Zusätzlich werden weitere Qualitätsindikatoren konzeptionell vorbereitet. Parallel dazu erfolgt der technische Aufbau der Qualitäts-Scorecard zur Analyse und Abbildung der Indikatoren.

Patientenbefragung

Die permanente Patientenbefragung wird 2018 optimiert und verschiedene neue Befragungsinstrumente werden dazu getestet. Um die mehrfache Befragung von stationären Patientinnen und Patienten zu vermeiden, wird die permanente schriftliche Patientenbefragung ab 2018 auf eine intermittierende, halbjährliche Befragung umgestellt. Die Patientenbefragung der ambulanten Patientinnen und Patienten wird vorerst unverändert weitergeführt.

Rückmeldemanagement

2018 wird das Rückmeldemanagement konzeptionell und prozessual überarbeitet. Ziel ist es, den Patienten einen einfachen Zugang zum Rückmeldemanagement zu gewährleisten, auf Rückmeldungen zeitnah reagieren zu können, sowie die Bearbeitung der Rückmeldungen für Patienten und Angehörige zufriedenstellend zu gestalten. Geplant ist 2018 unter anderem ein elektronisches Rückmeldesystem einzuführen, um den Bearbeitungsprozess für alle Involvierten effizienter und systematischer zu gestalten.

CIRS@USB

Auch 2018 sollen technische Anpassungen des CIRS System evaluiert und umgesetzt werden. Weiter soll der Fokus auf die Nachhaltigkeit initiiert Massnahmen gelegt werden, wofür 2017 durch die Integration eines PDCA Moduls im System die strukturellen Voraussetzungen geschaffen wurden.

DrugSafety@USB

Die Einführung der zentralen Arzneimitteldatenbank wird 2018 prioritär weiterverfolgt, um in Zukunft wichtige, sicherheitsrelevante Anpassungen und Prozesse selber bewirtschaften, kontrollieren und

steuern zu können. Im Weiteren wird an den Schnittstellen Spitaleintritt und –austritt an der Automatisierung und Standardisierung von Medikamentenlisten zuhanden Patienten und nachbehandelnde Ärzte gearbeitet.

Gefahren für Patienten erkennen - Simulationsübungen

Ab 2018 werden für Pflegefachpersonen zur Erkennung von Gefahren für die Patienten im klinischen Alltag Simulationsübungen als Weiterbildung angeboten. Zur sicheren Patientenversorgung im Spital müssen die Fachpersonen in der Lage sein, Gefahren und potenzielle Risiken für Patienten rasch zu erkennen. Nebst Fachkenntnissen braucht es einen geübten Blick. In diesem Kontext tragen die Simulationsübungen dazu bei, Teamleistungen sowie Problemlösestrategien zur Fehlermeidung zu entwickeln und die Patientensicherheit zu erhöhen. Exemplarisch werden dazu auch CIRS Meldungen in den Simulationsübungen reflektiert.

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 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte Nationale Prävalenzmessung Sturz Nationale Prävalenzmessung Dekubitus Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal 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
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> USB Mitarbeiterbefragung 2017

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Case Management Chirurgie (CMC)

Ziel	Das CMC unterstützt, organisiert und koordiniert alle an einem Fall beteiligten Akteure und ermöglicht somit einen qualitativ hochstehenden, den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprechenden effizienten und effektiven Austritt
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Chirurgie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Rollout 08/2017 bis 3. Quartal 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Reevaluation "Progress! Sichere Chirurgie"

Ziel	Reevaluation der eingeführten OP Checklisten und präoperative Prozesse
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Chirurgie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	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	Chirurgie / Viszeralchirurgie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Kontinuierlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Angebotsentwicklung im Bereich Kontinenzförderung

Ziel	Beratungs- und Schulungsangebot für Pat. mit Kontinenzproblemen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Chirurgie & Spezialkliniken
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Kontinierlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Einführung elektronische Pflegedokumentation (stationär)

Ziel	Verbesserung der Informationsübermittlung, der Patientensicherheit und der Mitarbeiterzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spezialkliniken
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Reorganisation der Sprechstundenorganisation

Ziel	Verbesserung der Behandlungsqualität und der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Augenklinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Juli 2017 - November 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Erweiterung des Eingriffsraums

Ziel	Verkürzung der Wartezeiten, Verbesserung der ärztl. Ausbildungsqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Dermatologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Januar 2017 - Oktober 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Einführung von SMS-Remindern für Allergologie-Patienten

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit, der Prozesse und der Sprechstundenauslastung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Dermatologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Januar 2017 - Oktober 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Notfall - Bauchassessment durch Pflegefachpersonen

Ziel	Verbesserung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Frauenklinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	September 2017 - Dezember 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Qualitative Patientenbefragung zum Thema Mitbestimmung auf der Schwangerenabteilung

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Geburtshilfe
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Mai 2017 - September 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Überarbeitung des Sectio-Prozesses

Ziel	Verbesserung der Prozesse
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Geburtshilfe
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Dezember 2016 - Februar 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Audiologie - Optimierung schriftliche Patienteninformation (Infoblätter)

Ziel	Verbesserung der Patientensicherheit und -zufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	HNO
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Januar 2017 - September 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)	2017 - 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Digitale Einsicht in den Änderungsverlauf von Befunden

Ziel	Assistenzärzte haben digital Einsicht, was durch den Leser/Freigeber im Befund geändert wurde
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Radiologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017 - 2018
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)	2017 - 2019
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 - 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

IQSoft - Chance zur Verbesserung

Ziel	Einführung des Moduls zur besseren und der Labormedizin angepassten Fehler und Beschwerdemanagement sowie zur Erfassung und Umsetzung von Vorschlägen der Mitarbeiter
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Labormedizin
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

IQSoft - Auditmodul

Ziel	Abwicklung und Überwachung der Auditberichte mit dem IQSoft Auditmodul
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Labormedizin
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Einführung und Validierung eines elektronischen Dokumentenmanagementsystems

Ziel	Prozess der Dokumentenlenkung und -verteilung nach Lean-Gesichtspunkten und GMP-Aspekten optimieren
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spital-Pharmazie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017 - 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Optimierung und Revalidierung des Reinigungsprogrammes der Gebinde Waschanlage

Ziel	Verringerung des Einsatzes aggressiver Reinigungsmittel zum Schutz von Mitarbeitenden und zur Verringerung von Glaskorrosion
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spital-Pharmazie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Antibiotic Surveillance USB und Antibiotic Stewardship GSASA

Ziel	Teilnahme an Pilotprojekten zur Verbesserung eines sicheren und sinnvollen Einsatzes von Antibiotika
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spital-Pharmazie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017 - 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Einführung der elektronischen Arzneimittelbestellung der Kliniken UPK und MIS

Ziel	Bestellprozesses durch die Stationen in elektronischer Form ohne Medienbrüche zur Erhöhung der Sicherheit und für einen Prozessablauf nach lean Gesichtspunkten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spital-Pharmazie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017 - 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

NIK OIB

Ziel	Notfallmässige Konsilien Intensivmedizin auf Abteilung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Anästhesiologie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Kontinuierlich
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

Morbidity- und Mortalitätskonferenzen in den Tumorzentren

Ziel	Vorstellung und Besprechung kritischer und unerwarteter Verläufe, Aufarbeitung von Fehlern in der Entscheidungsfindung oder Behandlung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizinische Tumorzentren
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Kontinuierlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Kontinuierliche systematische Erfassung/Analyse: Tuberkulosefälle & Isolationstage, Isolationstage mit resistenten Keimen, Kolonisationen & Infektionen mit resistenten Keimen, Morbidität & Mortalität HIV & bei transpl. Patienten durch Infektionen

Ziel	Qualitätssicherung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	USB und externe Spitäler Med/Infektiologie & Spitalhygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Kontinuierlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt

Kontinuierliche systematische Erfassung/Analyse des Antibiotikaverbrauchs

Ziel	Qualitätssicherung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	USB und externe Spitäler Med/Infektiologie & Spitalhygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Kontinuierlich
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes 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, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. 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.

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 der 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 2017 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 Knochentumor-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/knochentumor-referenzzentrum/	K. A.
SGHC Register der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie	Herz- und thorak. Gefässchirurgie	hcri AG www.sghc-sscc.ch/ www.hcri.ch/dienstleistungen/herzchirurgie	2013
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	2012
Swiss Spine SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch	2017

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 Gültig bis 2021
EFI Akkreditierung	Labormedizin, Diagnostische Hämatologie, HLA und Immunogenetik	2005	2016	Gültig bis 2018 EFI Accreditation Office, Leiden, NL
GUMG, Betriebsbewilligung für molekulargenetische Untersuchungen	Labormedizin, Diagnostische Hämatologie	2009	2015	Gültig bis 2022
JACIE Akkreditierung, Bearbeitung von hämopoietischen Stammzellen	Labormedizin, Diagnostische Hämatologie	2005	2015	JACIE Accreditation Gültig bis 2019
Bewilligung z. Durchf. mikrobiol. od. Serol. Untersuchungen an Blut, Blutprodukten, (...) z. Erkennung übertragbarer Krankheiten im Hinblick auf eine Transfusion, Transplantation oder	Labormedizin	2005	2015	Swissmedic Gültig bis 2020
Stammzellen Lagerung Betriebsbewilligung	Labormedizin, Diagn. Hämatologie Stammzellen ZEA (Klinik)	2008	2015	Swissmedic gültig bis 2020
Bewilligung Bakterielle Diagnostik	Labormedizin, Klinische Mikrobiologie	2015	2015	BAG Gültig bis 2021
Anerkennung als mikrobiolog. und serolog. Labor	Labormedizin, Infektionsserologie, Klinische Chemie, Klinische Mikrobiologie	2015	2015	BAG Gültig bis 2020
Akkreditierung nach DIN ISO/IEC 17025	Labormedizin	2016	2016	SAS Gültig bis 2022
Akkreditierung nach DIN ISO/IEC 17025 und 15189	Pathologie	2014	2017	

SWISSMEDIC - Bewilligung	Spitalpharmazie	2007	2017	zur Herstellung von Arzneimitteln, zur Herstellung von Arzneimitteln für klinische Versuche, zur Einfuhr von Arzneimitteln, zum Grosshandel mit Arzneimitteln
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
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
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle: Norm ISO CEI 17043 und QUALAB- Vorgaben	Dermatologie	2009	2017	Zertifikat 2012 für die externe Qualitätskontrolle für das Labor

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
SVEB-Zertifikat (Stufe 1)	Bildung und Entwicklung	2011	2017	Gültig bis 2017; Zertifikat von Ausbildung der Ausbildenden AdA --> zertifiziert vom schweizerischen Verein für Erwachsenenbildung
Eduqua	Bildung und Entwicklung	2011	2017	Qualitätslabel, Anerkennung durch Schweiz. Vereinigung für Qualitäts- und Management Systeme (SQS)
CAS Führung im Gesundheitswesen	Bildung und Entwicklung	2011	2017	Anerkannt von der FHNW

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 aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Universitätsspital Basel	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.07 (4.02 - 4.12)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.44 (4.39 - 4.49)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.48 (4.43 - 4.53)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.31 (4.24 - 4.37)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.77 (3.71 - 38.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	86.30 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung			
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 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. 	
Universitätsspital Basel			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	2308		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	787	Rücklauf in Prozent	34 %

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. Bis 2017 wurden über 240'000 stationäre Patienten zu Themen wie Behandlungsqualität, Mitbestimmung, Medikation und Austritt befragt. Der Rücklauf beträgt mittlerweile über 100'000 Patientenmeinungen. 2017 wurden 28'220 Patienten befragt, die Rücklaufquote betrug 24,8% (entspricht 9'176 Fragebogen). Im 2017 beurteilten 95,4% der Patienten die Behandlungsqualität als „ausgezeichnet“ und „gut“, 69,8% würden unser Spital bei einem ähnlichen Krankheitsleiden oder für eine Geburt wieder wählen.

Ambulante Patientenbefragung

Nach der erfolgreichen Einführung der ambulanten Patientenbefragung im 2014 wurden 88'450 Patienten im Jahr 2017 angeschrieben, die Rücklaufquote betrug 25,7% (entspricht 22'763 Fragebogen). 2017 beurteilten 86,1% der Patienten die Behandlungsqualität als „überragend“ und „sehr gut“ und 72,7% würden unser Spital bei einem ähnlichen Krankheitsleiden wieder wählen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Einschlusskriterien:

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

Stationär: Alle stationär behandelte Patienten im Alter >17

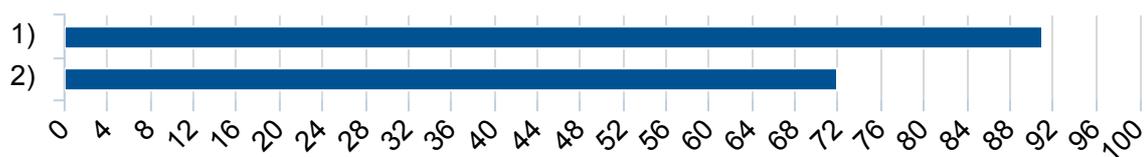
Ausschlusskriterien:

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	91.00	72.00	31939	27.00 %

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Permanente Patientenbefragung Universitätsspital Basel

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Universitätsspital Basel

Rückmeldemanagement

Stephanie Gattiker

Qualitätsbeauftragte

+41 61 265 92 84

stephanie.gattiker@usb.ch

Montag - Freitag, 9.00 - 16.00 h

+41 (0)61 265 29 00 QmFeedback@usb.ch

7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 USB Mitarbeiterbefragung 2017

Das Universitätsspital führt seit 2014 Mitarbeiterbefragung durch und wird alle drei Jahre wiederholt. Ziel der Befragung ist die Mitarbeiterzufriedenheit zu messen und aus den Ergebnissen Verbesserungspotenziale zu identifizieren sowie entsprechende Verbesserungsmassnahmen umzusetzen.

Die Mitarbeiter wurden zu folgenden Themen befragt:

- Arbeitsinhalt
- Lohn
- Weitere Leistungen des Arbeitgebers
- Arbeitszeit
- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Team
- Führung
- Arbeitsplatz

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom September bis Oktober durchgeführt.
Spitalweit

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Ergebnisse werden intern publiziert.

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

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

Messergebnisse

Datenanalyse		2014	2015	2016**
Universitätsspital Basel				
Beobachtete Rate	Intern:	4.51%	4.06%	-
	Extern:	0.78%	0.79%	-
Erwartete Rate		5.12%	4.93%	5.06%
Verhältnis der Raten***		1.03	0.98	1.04

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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

Auswertung 2017 (BFS-Daten 2016):
Beobachtete Rate global 5,27% davon 18,41% extern.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

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.
Universitätsspital Basel		
Anzahl auswertbare Austritte:	22988	

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

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

Messergebnisse

Datenanalyse	2014	2015	2016 **
Universitätsspital Basel			
Beobachtete Rate	4.55%	4.20%	4.31%
Erwartete Rate	3.50%	3.39%	3.38%
Verhältnis der Raten***	1.3	1.24	1.28

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Universitätsspital Basel		
Anzahl auswertbare Operationen:	18719	

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, Wirbelsäulenchirurgie 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 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
Universitätsspital Basel						
Gallenblasen-Entfernungen	168	6	0.60%	1.78%	0.50%	3.40% (0.60% - 6.10%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	128	18	30.80%	20.00%	9.90%	11.00% (5.60% - 16.40%)

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						
Herzchirurgie	526	28	3.10%	2.89%	5.40%	5.20% (3.30% - 7.10%)
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	145	3	3.70%	1.02%	1.00%	2.60% (0.00% - 5.20%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	100	2	1.00%	0.99%	2.50%	1.40% (0.00% - 3.70%)

* 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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

In der aktuell berichteten Periode zeigten sich im Vergleich zum Vorjahr stabile adjustierte Infektionsraten. In europäischen Statistiken werden oberflächliche Infektionen meist nicht mitgezählt: Der Anteil der oberflächlichen Infektionen von allen Wundinfektionen in der aktuellen Periode bei den Erstimplantationen von Knieprothesen betrug 100%, bei Hüftprothesen 33% und bei der Herzchirurgie 11%. Werden die oberflächlichen Wundinfektionen nicht berücksichtigt, ergeben sich (nicht-adjustierte) Infektionsraten von 0% bei primären Knieprothesen, 1.4% bei Hüftprothesen und 4.7% bei der Herzchirurgie.

Der Mittelfristig beobachtete signifikante Abfall der adjustierten Infektionsraten bei der Kolonchirurgie ist durch ein in diesem Zeitraum erfolgreich etabliertes präventives Massnahmenpaket und ggf. auch methodologische Unterschiede in der Erfassung zu erklären. Das Unispital Basel ist Pilotspital für Swissnoso für die Vermeidung postoperativer Infektionen.

Angaben zur Messung

Nationales 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

	2014	2015	2016	2017
Universitätsspital Basel				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	15	16	17	21
In Prozent	3.30%	3.70%	3.90%	5.00%

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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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 am Thema Sturzprävention im USB kontinuierlich gearbeitet. In einer Pilotierungsphase wurde auf fünf Bettenstationen das „Sturzpräventionsprogramm Patienten“ (StuPa) eingeführt. Es gilt, Pflgeteams zu befähigen, das Sturzrisiko bei Eintritt aller Patienten zu erfassen und entsprechende Sturzpräventionsmassnahmen abzuleiten. Sturzereignisse werden dezentral erfasst und protokolliert. Schwere Sturzverletzungen werden im Rahmen systematischer Fallanalysen mit den Pflgeteams bearbeitet, um Lern- und Verbesserungspotenziale in der Sturzprävention aufzudecken und entsprechende Massnahmen zu ergreifen. Im 2015 begann die Ausweitung des Programms, die Ende 2017 auf allen Bettenstationen abgeschlossen wurde. Im Rahmen einer nachhaltigen Verankerung des StuPa auf den Bettenstationen ist es Ziel, bestmöglich Risikopatienten zu identifizieren, Stürze zu verhindern und adäquat auf sie zu reagieren sowie den Anteil schwerer Sturzverletzungen zu reduzieren.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. 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 \geq 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. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Universitätsspital Basel			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	427	Anteil in Prozent (Antwortrate)	70.00%

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. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. 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			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Universitätsspital Basel						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	10	18	8	14	3.30%

** 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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. 2017 wurde die Leitlinie Dekubitusprävention und Dekubitusmanagement Kategorie 1 und 2 fertiggestellt. Abteilungsbezogen werden Mini-Audits und Fallbesprechungen bzw. Fallanalysen bei nosokomialen Dekubitus ab Kategorie 3 durchgeführt. Zwei ganztägige Schulungen für Pflegenden mit dem Fokus auf Dekubitusprävention sind im FB-Angebot. Die spitalweite systematische Überprüfung und Bedarfsermittlung von Positionierungsmaterial und entsprechende Anpassungen sind vorgenommen worden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. 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 \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ 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. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Universitätsspital Basel			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	427	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	70.00%

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Value-Based Health Care - Patient Reported Health Outcomes

Value Based Health Care mit ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement)

Das Universitätsspital Basel (USB) hat sich zum Ziel gesetzt Behandlungsqualität transparent und steuerbar zu machen. Dafür wurde das Modell "Value-Based Health Care" eingeführt mit dem Fokus den Patientennutzen zu messen. Um diesen Nutzen zu messen, werden sogenannte Standard-Sets von der Non-Profit-Organisation "International Consortium for Health Outcomes Measurement" (ICHOM) in klinikspezifische Behandlungspfade implementiert und sogenannte „Patient-reported Outcomes Measures“ gemessen. Anhand der "Patient-reported Outcomes Measures" können wir den Patientennutzen deutlicher messen und aufzeigen. Mittels Follow-up der Patienten kann so auch die Entwicklung der funktionalen Lebensqualität des Patienten in Zusammenhang mit der Behandlung/ Betreuung durch das USB über längere Zeiträume beobachtet / analysiert werden.

2017 wurden zwei Standard-Sets erfolgreich in den Pilot-Kliniken der Brustchirurgie und Orthopädie/ Traumatologie implementiert. In der Brustchirurgie wurde das Standard-Set zum Thema "Breast-Cancer" und in der Orthopädie/Traumatologie "Hip & Knee osteoarthritis" eingeführt.

Für die technische Umsetzung wurde dafür eine Kooperation mit dem Unternehmen Heartbeat aus Berlin eingegangen. Die Software Heartbeat ONE bietet die Möglichkeit Patienten per Tablet und E-Mail zu befragen und so Patient Reported Outcomes zu erfassen. Die Software bietet einen Überblick über den Gesundheitszustand einzelner Patienten und zur Qualität des Spitals.

Die Erfahrungen und "Learnings" der beiden ersten Implementierungen, im Sinne des PDCA Zyklus, wurden in das spitalweite Roll-Out Konzept für weitere Kliniken aufgenommen, entsprechende Verbesserungsmaßnahmen definiert und teilweise bereits in der ersten Ausrollung 2018 umgesetzt.

2018 werden weitere Kliniken mit Standard-Sets von ICHOM implementiert.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Follow-up Evaluation "Checkliste Sichere Chirurgie"

Die «*WHO Surgical Safety Checklist*» ist ein weltweit genutztes Instrument zur Patientensicherheit im Bereich der Chirurgie. Mit dem dreiphasig strukturierten Prozess «*Sign In, Team Time Out* und *Team Sign Out*» sollen primär sogenannte «*Never events*» bei Eingriffen verhindert werden:

Eingriffsverwechslung, falsches Implantat/Transplantat, unbeabsichtigtes Zurücklassen von Fremdkörpern im Patienten.

Im Universitätsspital Basel (USB) wurde die WHO-Checkliste im Rahmen des Projekts «*progress! Sichere Chirurgie*» von 2014 bis 2015 in allen 16 operativen Fächern eingeführt und wird seither von den Fachpersonen genutzt. Trotz initial positiver Erfahrungen blieb offen, wieweit die Checkliste im klinischen Alltag des USB konsequent angewendet wird und ob und wie neue Mitarbeitende dafür geschult werden. Im Hinblick auf eine nutzerorientierte Weiterentwicklung der Checkliste und ihrer nachhaltigen Anwendung wurde 2017 eine Follow-up Evaluation realisiert.

Fragestellungen und Methoden:

1) Welche Faktoren fördern resp. hemmen die konsequente Anwendung der Checkliste? (Einzelinterviews mit qualitativer Inhaltsanalyse), 2) Wie werden neue Mitarbeitende auf die Anwendung der Checkliste vorbereitet? (Online Befragung mit deskriptiven Analysen), 3) Wird die Checkliste bei chirurgischen Eingriffen im USB konsequent und korrekt angewendet? (Vor-Ort-Beobachtungen mit deskriptiver Analyse) Die Checklistenanpassung erfolgte durch die Projektgruppe im Konsensverfahren einschliesslich Vernehmlassung in grösserem Nutzerkreis.

Ergebnisse:

Elf Einzelinterviews mit sechs Kaderärzten und fünf Pflegefachpersonen zeigten, dass bei der Anwendung der Checkliste im Arbeitsalltag individuelle, prozedurale und kontextuelle Faktoren als fördernd und/oder hemmend erwiesen. Als förderlich für ihre Anwendung waren beispielsweise gut informierte Fachleute, die «dahinterstanden», und wenn das Team auf den Ablauf und Inhalt fokussiert ist. Dagegen wiesen sich beispielsweise Unsicherheit oder eine ablehnende Haltung von Personen sowie ein unklarer Informationsfluss, mangelnde Zusammenarbeit und der Durchführungsaufwand selber als anwendungshemmend aus. Die Online Umfrage zur Schulung in der Anwendung der Checkliste wurde von 35 neuen Mitarbeitenden beantwortet. Acht von zehn Teilnehmenden hatten bereits vor ihrer Anstellung im USB mit der WHO-Checkliste gearbeitet und etwas mehr als ein Drittel kannte das USB easylearn-Programm «*progress! Sichere Chirurgie*». Während ihrer Einführung als neue Mitarbeitende wurden die Teilnehmenden mehrheitlich auf die Anwendung der Checkliste vorbereitet; nur drei Personen gaben an, keinerlei Einführung erhalten zu haben. Die Anwendung der Checkliste wurde in 104 Vor-Ort-Beobachtungen zu 72 Team Time Out (TTO) und 32 Team Sign Out (TSO) evaluiert. Die korrekte und vollständige Durchführung lag beim TTO zwischen 96% und 100% und beim TSO bei 22%. Die mehrheitliche Nichtdurchführung des TSO war der Abwesenheit des Operateurs, der OP-Pflege oder Anästhesiefachpersonen geschuldet, die zum genannten Zeitpunkt anderweitig engagiert oder nicht mehr im Operationsaal waren. Zudem führte die punktuelle Überarbeitung von TTO und TSO zu einer Straffung der Checkliste.

Schlussfolgerungen:

Das Projekt Follow-up Evaluation Checkliste Sichere Chirurgie ist mit der Inkraftsetzung der revidierten Checklisten per 1. Januar 2018 erfolgreich abgeschlossen worden. Die Checkliste wird beim TTO meist konsequent durchgeführt, während dies beim TSO nur bei knapp einem Viertel zutrifft und Handlungsbedarf beim Abschluss der Checkliste und Übergang in die postoperative Phase aufzeigt. Neue Mitarbeitende im OP-Bereich können mit der easylearn-Schulungsplattform zur Checklistenanwendung unterstützt werden. In Zukunft wird die Qualitätssicherung des Programms Sichere Chirurgie USB bereichsübergreifend organisiert und verantwortet.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 EFQM - Validierung C2E*

Das Universitätsspital Basel hat sich entschieden, das EFQM Modell mit dem Reifegrad „Verpflichtung zu Excellence (C2E*)“ einzuführen. Um die Zertifizierung zu erlangen, hat die Spitalleitung die dafür nötige Selbstbewertung anhand eines Workshop durchgeführt. Es wurden dafür folgende drei Grundkonzeptevorgängig ausgewählt:

- Nutzen für den Kunden schaffen
- Mit Vision, Inspiration und Integrität führen
- Durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgreich sein

Zu den jeweiligen Grundkonzepten wurden Arbeitsgruppen mit den Spitalleitungsmitgliedern gebildet. Die jeweiligen Arbeitsgruppen haben anhand der Radar Methodik das Managementsystem des USB beurteilt, fehlende Elemente identifiziert und mögliche Verbesserungsprojekte definiert. Anschliessend haben die Spitalleitungsmitglieder in den Arbeitsgruppen die möglichen Verbesserungsprojekte auf ihre Relevanz, Dringlichkeit und Machbarkeit innerhalb der EFQM Rahmenbedingungen bewertet. Es wurden drei Projekte, jeweils ein Projekt pro Grundkonzept, ausgewählt. Diese drei Projekte sind in den Bereichen Ärztliche Direktion, Finanzen und Personal angesiedelt.

Spitalleitungsmitglieder wurden als Sponsoren der jeweiligen Verbesserungsprojekte benannt. Diese haben für ihre Projekte jeweils ein Team zusammengestellt, welche für die Umsetzung verantwortlich sind. Die jeweiligen Planungen zur Umsetzung der drei Projekte wurde Ende 2017 abgeschlossen und Anfang 2018 wurden die Projekte freigegeben und in die Strategieziele 2018 aufgenommen.

Ziel ist es, die drei Verbesserungsprojekte im ersten Quartal 2019 umgesetzt und auf deren Wirksamkeit überprüft zu haben. Die Validierung für die EFQM Zertifizierung erfolgt ebenso im ersten Quartal 2019.

19 Schlusswort und Ausblick

Der Fokus der nächsten Jahre liegt im Universitätsspital Basel in der Stärkung der Value Based Health Care und den damit verbundenen Messungen von Patient Reported Health Outcomes. Dazu werden wir in den nächsten Jahren die Mehrzahl der verfügbaren Standard-Sets von ICHOM implementieren.

Um unsere Behandlungsprozesse und Dienstleistungen laufend zu verbessern sowie die Behandlungsqualität transparent und steuerbar zu machen, ist die Weiterentwicklung der Qualitätsscorecard und Qualitätsindikatoren ein weiterer Fokus des Qualitätsmanagements des Universitätsspital Basel.

Die Akkreditierung von EFQM "Verpflichtung zu Excellence C2E*" ist ein weiterer wichtiger Meilenstein. 2018 sind wir bestrebt die drei Verbesserungsprojekte für EFQM "Verpflichtung zu Excellence C2E*" erfolgreich umzusetzen und wichtige Themen in den Betrieb einzuführen.

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
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)

Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
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 (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)
Interventionen intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)
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
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Transplantationen
Herztransplantation (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
Knochentumore
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. Woche und \geq 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und \geq 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und \geq 1250g)
Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und \geq 1000g)
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**).