



Universitätsspital Basel  
Spitalstrasse 21  
4031 Basel



# Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

# Impressum

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

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

Siehe auch: [www.hplus.ch/de/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



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

## Beteiligte Kantone / Gremien



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

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

Siehe auch: [www.hplus.ch/de/servicenav/h\\_verband/fachkommissionen](http://www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen)



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

## Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

# Inhaltsverzeichnis

<b>A</b>	Einleitung .....	1
<b>B</b>	Qualitätsstrategie .....	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011 .....	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011 .....	3
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements .....	4
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	4
<b>C</b>	Betriebliche Kennzahlen und Angebot .....	5
	C1 Angebotsübersicht.....	5
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011.....	7
<b>D</b>	Qualitätsmessungen .....	8
	D1 Zufriedenheitsmessungen.....	8
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit .....	8
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	10
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit .....	10
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit .....	10
	D2 ANQ-Indikatoren.....	11
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® .....	12
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® .....	13
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	14
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	16
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ .....	18
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011 .....	20
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO).....	20
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ) .....	21
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	22
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen .....	23
	D3-5 Dauerkatheter .....	24
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	25
<b>E</b>	Verbesserungsaktivitäten und -projekte .....	26
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards .....	26
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte .....	28
<b>F</b>	Schlusswort und Ausblick .....	34

**Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen, wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.**

# A

## Einleitung

Seit dem Berichtsjahr 2010 verwenden wir die neu entwickelte „Permanente Patientenbefragung“: Aus dem administrativen SAP-System wird automatisch ein Kurzfragebogen erstellt, der an alle austretenden Patienten abgegeben wird. Bei fehlender Antwort kann nach vier Wochen automatisch ein Erinnerungsschreiben generiert und verschickt werden. Der Rücklauf wird per Scanner eingelesen. Die Daten der Befragung werden mit administrativen und medizinischen Informationen verknüpft und nach einem vom Datenschutzbeauftragten des Kantons genehmigten Verfahren anonymisiert. Die Auswertungen erfolgen nach Fallgruppen und Organisationseinheiten, sodass neue und wichtige Hinweise zur patientenseitigen Beurteilung der Behandlungsqualität resultieren.

Eine weitere Massnahme, Rückmeldungen zu erhalten, ist die Erstellung eines Patientenfeedback-Flyers „Einladung Ihre Meinung zu sagen“, mit dem Patienten sowie Besucher sich frei äussern können. Diese Mittelungen werden in den Bearbeitungsprozess des Beschwerde- und Rückmeldungsmanagements einbezogen und tragen durch ihre systematische Analyse zum stetigen Verbesserungsprozess bei.

Darüber hinaus werden die kantonalen und nationalen Vorgaben der Qualitätssicherung erfüllt. Dies schlägt sich einerseits in den Datenerhebungen zu den geforderten Indikatoren nieder, andererseits in der Ableitung von Konsequenzen aus den gewonnenen Daten im Sinne des PDCA-Zyklus' (Plan-Do-Check-Act), einem Verfahren, das die Ableitung von konkreten Massnahmen aus den gewonnenen Daten sicherstellt.

Im Zentrum der Verbesserungsaktivitäten im Jahre 2011 stand die Entwicklung eines CIRS-Reglements und einer einheitlichen Plattform für das gesamte USB, welche im Jahr 2012 abgeschlossen werden wird.

Nach wie vor tragen wir durch die aktive Beteiligung der Qualitätsverantwortlichen in kantonalen und nationalen Gremien zur Entwicklung weiterer Standards bei. Dies findet Ausdruck in den aktiven Beteiligung im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) sowie in der Swiss Association for Quality (SAQ), der Schweizerischen Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (SQMH) und der European Foundation for Quality Management (EFQM).

Alle diese Aktivitäten sind auf die fortlaufende Verbesserung der Behandlung von Patienten unseres Spitals ausgerichtet. Mit den aktuellen Massnahmen wollen wir medizinische Behandlungsqualität, Sicherheit, Vertrauen und Kommunikation mit Patienten verbessern.

# B

## Qualitätsstrategie

### B1 Qualitätsstrategie und -ziele

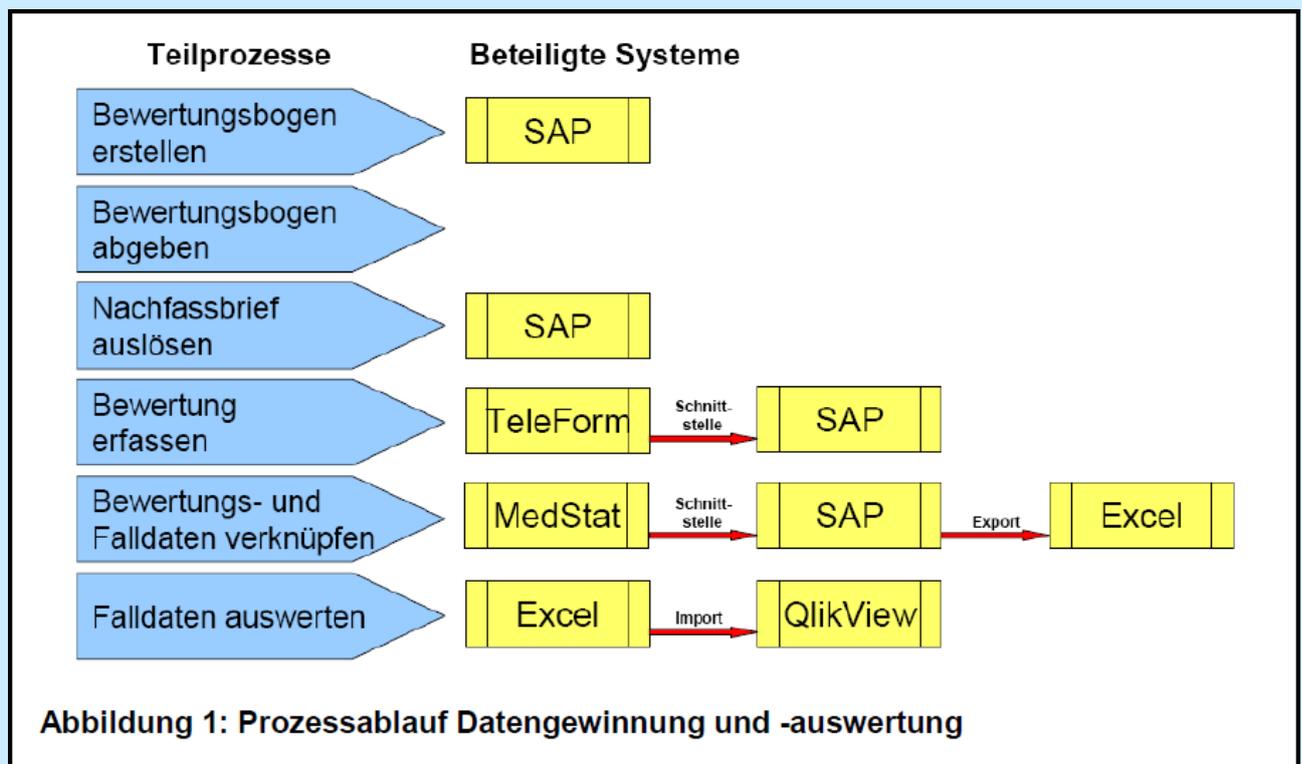
Die von der Spitalleitung beschlossenen Qualitätsziele fokussieren auf die vier Themengebiete (1) Permanente Patientenbefragung, (2) Umsetzung eines einheitlichen Entlassungsstandards, (3) Feedback von Patientinnen, Patienten und Angehörigen (Rückmeldemanagement) und (4) CIRS. Alle drei Ziele sollen die Qualität der medizinischen Dienstleistung sowie die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten kontinuierlich verbessern.

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

### B2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

#### 1. Permanente Patientenbefragung

„Permanente Patientenbefragungen“ sind Mittel zur Qualitätssteuerung, die zeitnah gewährleistet werden können. Erwartungsgemäss werden mit einer permanenten Patientenbefragung genügend Daten generiert, die mit weiteren routinemässig erfassten Sekundärdaten verknüpft werden können, wie mit Diagnosegruppen (DRG) und weiteren Sekundärdaten (Alter, Geschlecht, Versicherung usw.). Mit dem Projekt der „Permanente Patientenbefragung“ wurde der USB-eigene Fragebogen abgelöst. Eine Datenauswertung erfolgt erstmals nach Ablauf der Testphase von Juli bis Dezember 2010.



#### 2. Patienten-Feedback-Flyer

Zusätzlich zu diesem Befragungsinstrument wurde ein Patienten-Feedback-Flyer neu gestaltet, der nicht nur den stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten, sondern auch deren Angehörigen und Freunden eine Möglichkeit bietet, ihre Meinung und Eindrücke spontan und ohne Vorgaben mitzuteilen. Sie können zu allen Themen, die ihnen am Herzen liegen, formfrei ihre Ansichten äussern. Der Flyer grenzt sich

bewusst von der Patientenbefragung ab, die nur vordefinierte Antworten zulässt und keinen Raum für freie Kommentare bietet. Das Rückmelde- und Beschwerdemanagement zielt hiermit vor allem auf spontane Äusserungen.

Für den Patienten-Feedback-Flyer sind an massgeblichen Stellen des USB Einwurfboxen aufgestellt, sie sind aber auch mit einem Klebestreifen verschliessbar und können dem Rückmelde- und Beschwerdemanagement als Couvert mit dem öffentlichen Postversand zugeleitet werden.

### **3. Entlassungsstandard**

Aus den Ergebnissen der Patientenbefragung geht hervor, dass Patienten entlassungsspezifische Informationen nicht oder nicht in angemessener Form erhalten. Die Spitalleitung erteilt der Qualitätskommission den Auftrag, sich mit dieser qualitätsrelevanten Thematik auseinanderzusetzen. Ein „Minimalstandard zur Sicherung der Kommunikationsinhalte beim Austrittsgespräch“ wurde in vier aufeinander folgenden Sitzungen durch die Qualitätskommission bis Juni 2010 fertig gestellt. Eine Checkliste ist dazu gedacht, diesen Ablauf sinnvoll zu unterstützen; sie ist dem Standard als Vorschlag beigelegt. Bestehende Instrumente wurden berücksichtigt bzw. integriert.

## **B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011**

Alle Qualitätsziele für das Berichtsjahr 2011 werden erreicht: (1) Testphase des Projektes „Permanente Patientenbefragung“ ist termingerecht abgeschlossen (2) die Erarbeitung eines Entlassungsstandards unter Einbeziehung bestehender Erfahrungen mit dem Entlassungsmanagement und eingeführter Checklisten ist erfolgt, (3) ein Feedbackflyer zur Ergänzung der Permanenten Patientenbefragung ist erstellt.

## **B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren**

Das USB steht vor neuen Herausforderungen, die mit der Verselbständigung einhergehen. Aus Sicht des Qualitätsmanagements werden die Patientenorientierung und das Sichtbarmachen einer proaktiven Kommunikation zu einem der wichtigsten Instrumente, mit der die Spitalwahl von Patientinnen und Patienten sowie von Zuweisern beeinflusst werden kann. Die Bedeutung der Kenntnis darüber, wie die Leistungsangebote des USB, die Medizin, die Pflege, die Therapiedienste sowie die Administration, die Betriebsabläufe, Serviceleistungen und die Infrastruktur usw. aus Patientensicht bewertet werden, wird eine grössere Rolle spielen. Auch die durch das DRG-System auf uns zu kommende Arbeitsverdichtung kann Auswirkungen sowohl auf die Behandlungsqualität als auch auf die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit haben – entsprechende Trends müssen frühzeitig aufgedeckt werden. Qualitätsdefizite aufzudecken und sie zielgerichtet anzugehen, gehört als „unsere Arbeitsphilosophie“ zum Leitbild des USB – und muss künftig noch konsequenter als bisher umgesetzt werden.

Einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit bietet das Critical Incident Reporting System (CIRS), das als Lerninstrument im Spital systematisch angewendet Rückschlüsse auf defizitäre Handlungsabläufe, aber auch auf den Bedarf an kollektiver oder individueller Schulungen hinweist. Ziel dieses Systems ist es, in einer geschützten Umgebung und unter Wahrung der Anonymität über kritische Zwischenfälle im Arbeitsumfeld zu berichten und so anderen die Möglichkeit zu geben, aus diesen Fällen zu lernen.

Mit der Realisierung einer CIRS Umgebung, die im USB innerhalb der nächsten Zeit auf den neuesten Stand gebracht werden soll und dem sich alle relevanten Abteilungen anschliessen sollen, wird eine systematischere Auswertung der CIRS Fälle mit spitalweiten Analysen möglich sein, was bisher dezentral der Fall war. Fortbildungen, die über die interne Organisationsentwicklung angeboten werden, werden zu einer Expandierung der CIRS Philosophie beitragen und Möglichkeiten des Austauschs untereinander fördern, so dass aus den gemeldeten kritischen Vorfällen gelernt werden kann.

## B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere Organisationsform: <span style="background-color: #e1f5fe;">Das Qualitätsmanagement untersteht einem Ressortleiter der Spitalleitung</span>
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	<span style="background-color: #e1f5fe;">400</span> Stellenprozent zur Verfügung.

## B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. phil. Heidemarie WEBER	061 328 72 43	hweber@uhbs.ch	Leitende Qualitätsbeauftragte
Dr. med. Atanas TODOROV	061 328 70 39	atorodov@uhbs.ch	Medizinische Kodierung, RPQM - Datenverarbeitung
Vera BASLER	061 265 92 84	baslerv@uhbs.ch	Qualitätsbeauftragte, CIRS, Rückmelde- und Beschwerdemanagement
Esteban SANJUAN	061 556 58 75	esajuan@uhbs.ch	Mitarbeiter Qualitätsmanagement, Indikatoren
Linda SZIRT	061 556 58 76	lszirt@uhbs.ch	Qualitätsbeauftragte

# C

## Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:

[www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Universitätsspital Basel → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	Wir sind eine <b>Spital- /Klinikgruppe</b> mit folgenden <b>Standorten</b> : 4031, Basel

### C1 Angebotsübersicht

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

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

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

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

## C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl <b>ambulante</b> behandelte Patienten,	265'575	220'348	Quelle --SAP-registrierte .amb. Fälle (neu ab 2012)
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			
Anzahl <b>stationär</b> behandelte Patienten,	31'832	31'325	Medstat-BfS
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	2'362	2'453	Medstat-BfS
Geleistete Pflage tage	240'166	239'585	MIS
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	711	701	MIS
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	7.5	7.65	MIS
Durchschnittliche Bettenbelegung	93.8%	93.8%	MIS

# D

## Qualitätsmessungen

### D1 Zufriedenheitsmessungen

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

#### D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb <b>misst nicht</b> die Patientenzufriedenheit.		Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb <b>misst</b> die Patientenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine Messung durchgeführt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb	54%	54% der antwortenden Patienten bezeichnen die Qualität der Behandlung als „ausgezeichnet“. (andere Antwortmöglichkeiten: „gut“, „weniger gut“ und „schlecht“)	
	69%	69% der antwortenden Patienten würden „eindeutig ja“ für dieselbe Erkrankung/eine Geburt in unser Krankenhaus wiederkommen. (andere Antwortmöglichkeiten: „ich glaube ja“, „ich glaube nicht“ und „eindeutig nicht“)	
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Chirurgie	53% (Qualität) 67% (Wiederkommen)		
Medizin	51% (Qualität) 68% (Wiederkommen)		
Spezialkliniken	58% (Qualität) 73% (Wiederkommen)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> und erfolgt <b>permanent</b> . Die Ergebnisse für das Jahr 2011 werden in den Qualitätsberichten des Universitätsspitals für das 1. Halbjahr und 2. Halbjahr 2011 publiziert.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/> PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark				
<input checked="" type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes		Modifiziertes „klein Picker-15“ mit drei zusätzlichen Fragen.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationär behandelten Patienten im Alter >17. Mindestens eine Nacht Aufenthaltsdauer		
	Ausschlusskriterien	Neugeborene, Im Spital verstorbene, jünger als 17 Jahre		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		29'329		
Rücklauf in Prozenten		43.3%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja <sup>1</sup>

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>hat kein</b> Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.</b>
Bezeichnung der Stelle	Rückmeldemanagement
Name der Ansprechperson	Vera BASLER
Funktion	Qualitätsbeauftragte
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	+41 (0)61 265 29 00, baslerv@uhbs.ch, weberh@uhbs.ch Montag bis Freitag: 09:00-12:00 und 13:00-16:00
Bemerkungen	An das USB eingegangene Rückmeldungen und Beschwerden (Brief, E-Mail, Beschwerdetelefon, Patientenfeedbackflyer) werden zentral, standardisiert und systematisch durch ein interdisziplinäres Team von Bereichs- und Ressortverantwortlichen in direkter Zusammenarbeit mit dem Beschwerdemanagement bearbeitet. Der Prozess beinhaltet Fallannahme und -recherche, Kontaktaufnahme mit Beschwerdeinitiant und mit verantwortlichen Personen des Bereichs, sowie mit dem Rechtsdienst gemäss den Triagekriterien des Bearbeitungsprozesses. Die Auswertung dient zur Initiierung von Verbesserungsmaßnahmen, zur Definition der QM-Strategie mit dem Ziel, interne Prozesse an die veränderten Bedürfnisse des Leistungsempfängers anzupassen.

Verbesserungsaktivitäten	
Ziel	Bereich
Faserarmes Wahlkostangebot auf die Bedürfnisse der Patienten angepasst.	Ganzer Betrieb
Hinweisschilder für ambulante Bereiche verbessert.	Ganzer Betrieb
Hygienerichtlinie aktualisiert mit Informationsveranstaltung für Pflegefachpersonen.	Ganzer Betrieb
Berichtsübermittlung an Zuweiser optimiert.	Ganzer Betrieb

<sup>1</sup> Seit November 2011 werden keine Erinnerungsschreiben mehr verschickt

## D1-2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die Angehörigenzufriedenheit.	Begründung:

## D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

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

## D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweiser (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiser-Zufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

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

## **D2 ANQ-Indikatoren**

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

### Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

### Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

## D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für das Fachpublikum: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.			
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.			
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Auswertung gemacht.</b>	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine Auswertung gemacht			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse				
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.				
<b>Gemessen werden von ANQ-WE-2011 die Daten-BfS- 2008. Observed global rate = 7.0%</b>				
<b>Gemessen werden von UHBS-lokal die Daten-BfS-2011. Observed global rate = 5.1%</b>				
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS <sup>2</sup>			

<sup>2</sup> Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

## D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Auswertung gemacht</b> :-	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: <b>2012</b>	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: <b>2013</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine <b>Auswertungen gemacht</b>		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.			
<b>Gemessen ANQ-2011-RO sind die Daten 2009. Observed rate RO = 7.1%.</b>			
<b>Gemessen werden von UHBS-lokal die BfS-Daten 2011. Observed rate Reoperationen = 5.7%</b>			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS <sup>3</sup>		

<sup>3</sup> Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

## D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings <b>keine Messungen</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		

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

Unser Betrieb beteiligte sich 2009-2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total) 2009-2011	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N) 2009-2011	Beobachtete Infektionsrate (%) 2009-2011 (Vertrauensintervall <sup>4</sup> CI = 95%)	Erwartete Infektionsrate (%) 2009-2011 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung	390	23	5.9% (3.77-8.72)	3.6% (3.1-4.1)
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ( )	% ( )
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ( )	% ( )
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	213	53	24.9% (19.2-31.2)	15.6% (14.8-16.4)
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ( )	% ( )
<input checked="" type="checkbox"/> Herzchirurgie	733	52	7.1% (5.34-9.2)	5.6% (4.7-6.5)
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	149	6	4.0% (1.49-8.56)	1.9% (1.6-2.2)
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen	83	1	1.2% (0.03-6.53)	2.8% (2.3-3.3)

<sup>4</sup> Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

### Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Beobachtete und erwartete Infektionsraten und die standardisierte Infektionsratio (SIR).  
Kumulierte Daten zwischen 1.6.09 und 30.9.11.

Ergebnisse der SwissNOSO Programm zur Erfassung postoperativer Wundinfektionen der dokumentierten Eingriffe zwischen:

- dem 1. Juni 2010 und dem 30. September 2011 für chirurgische Eingriffe ohne Fremdkörperimplantation (Viszeralchirurgie)
- dem 1. Juni 2010 und dem 30. September 2010 für chirurgische Eingriffe mit Fremdkörperimplantation (Orthopädie und Herzchirurgie)“

Erwartete Infektionsrate: die Rate wird berechnet an einer Population ähnlich zum Spital mit Berücksichtigung der Patientenrisikokategorien (NNIS-Risiko Index)

Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

## D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten<sup>5</sup>, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

### Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb hat die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durchgeführt.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
61	In Prozent: 17.2%	Im Vergleich: Total Zentrumspitäler 19.2% (Achtung: Diese Ergebnisse beziehen sich auf alle Stürze <u>vor</u> und <u>nach</u> dem Spitaleintritt!)	
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Gemäss Vorgabe LPZ	
	Ausschlusskriterien	Gemäss Vorgabe LPZ	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	355	Anteil in Prozent	63.5%
Bemerkung	Im Vergleich: Total Zentrumspitäler: N = 5'645, Response Rate = 66.1% Tiefe Response Rate wg. Schriftlichem Informed Consent		

<sup>5</sup> Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzenerhebung 2011 ausgeschlossen.

## Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus)

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?						
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>führte nicht</b> die <b>Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ</b> am <b>Stichtag, 8. November 2011</b> durch.				Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>führte</b> die <b>Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ</b> am <b>Stichtag, 8. November 2011</b> durch.					
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?						
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:		
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:		
Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt / Rückverlegung		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<b>47</b>	In Prozent	<b>13.2%</b>	<b>20</b>	In Prozent:	<b>5.6%</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.					

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		Gemäss Vorgabe LPZ		
	Ausschlusskriterien		Gemäss Vorgabe LPZ		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		355	Anteil in Prozent		63.5%
Bemerkung		Siehe Bemerkung Seite 1 (unten)			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Dekubitus-Leitlinie vom 12/2011	Implementierung	Alle bettenführenden Stationen	Ab 01/2012

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

## D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten ( $\geq 18$  Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>mass nicht</b> die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>mass</b> die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse	
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.1	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.9	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.0	0 = nie 10 = immer	
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.9	0 = nie 10 = immer	
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.3	0 = nie 10 = immer	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		

### Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut

hcri AG

MECON measure & consult GmbH

Dezentrales Messinstitut

hcri AG

ESOPE

MECON measure & consult GmbH

NPO PLUS

Stevemarco sagl

### Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde zusammen mit dem eigenen Fragebogen an alle stationär behandelten Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten und Neugeborene	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	2'454		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	952	Rücklauf in Prozent	38.8%
Bemerkung			

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

### D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

#### D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

<b>Messthema</b>	<b>Infektionen (andere als mit SwissNOSO)</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	<b>Prävalenz</b>

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Hybase Software Tietenator, Deutschland

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

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

<b>Messthema</b>	<b>Stürze (andere als mit der Methode LPZ)</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	<b>Sturzereignisse</b>

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

- Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

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

### D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

<b>Messthema</b>	<b>Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Ausnahme: Notfallstation und Mutter-Kind-Abteilung

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

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

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

### D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde <b>betriebsintern</b> entwickelt.	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer <b>betriebsexternen</b> Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

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

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

### D3-5 Dauerkatheter

<b>Messthema</b>	<b>Dauerkatheter</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde <b>betriebsintern</b> entwickelt	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer <b>betriebsexternen</b> Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

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

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

## D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	A	
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	A	
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	A	
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGL Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sqi-ssmi.ch">www.sqi-ssmi.ch</a>	A	
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://www.sgar-ssar.ch">www.sgar-ssar.ch</a>	A	
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	A	
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie <a href="http://www.scqm.ch">www.scqm.ch</a>		
SIRIS <sup>6</sup> (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	A	
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program <a href="http://www.srrqap.ch">www.srrqap.ch</a>	A	
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register <a href="http://www.swiss-spine.ch">www.swiss-spine.ch</a>	A	
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie <a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>	A	
NICER (Nationales Institut für Krebs-epidemiologie und -registrierung)	A: Nationales Institut für Krebs-epidemiologie und -registrierung <a href="http://www.nicer.org">http://www.nicer.org</a>	A	

<sup>6</sup> Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

## E

## Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) zu finden.

### E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
JACIE	Hämatologie	2009	2009	Hämatopoetische Zellen Transplantation (HZTx)
SWISSMEDIC - Bewilligung	Spital-Pharmazie	2007	2007	zur Herstellung von Arzneimitteln
SAP / CCC	Unternehmen USB	2005	2010	Vertrag 6054147 - SAP
LGA / Intersert - QM system-Infertility	Frauenklinik	2004	2007	DIN EN ISO 9001:2000
METAS / SAS - Prüfstelle	Gynäkologische Endokrinologie / Reproduktionsmedizin	2005	2010	ISO/IEC 17025
SWISS TS	Zentralsterilisation Universitätsspital Basel	2008	2011	Qualitätsmanagement für Medizinprodukte ISO 9001:2000 ISO 13485:2003 Reg.# 08-279-065
CSV	Betrieb-Medizinsystemen	2002	—	IH-Tool - Verwaltung Medizinsystemen und Anlagen
EFQM	Hotellerie	2005	2010	
EFQM	Medizinische Querschnittfunktionen	2004	2010	
World Health Organization UNICEF: Auszeichnung als stillfreundliches Hospital	Frauenklinik	2004	2011	Rezertifikat erhalten
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle, Norm ISO IEC 17020, ISO IEC 34-1 ILAC G-13 Forderungen der QUALAB: Zertifikat für das Labor	Dermatologie	2009	—	
Akkreditierung nach DIN ISO/IEC 17025 und 15189	Labormedizin, Med.Q	2012 (Erstbegutachtung Sept. 2011)	—	SAS
Good Laboratory Practice GLP	Labormedizin, Med.Q	1997	2010	Swissmedic
EFI Akkreditierung	Labormedizin, Med.Q Diagn. Hämatologie, Molekulare Diagnostik	2005	2011	EFI Accreditation Office, Leiden, NL

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
JACIE Akkreditierung	Labormedizin, Med.Q, Diagn. Hämatologie, Stammzellen	2005	2009	JACIE Accreditation NL
GUMG Betriebsbewilligung	Labormedizin, Med.Q Hämatologie, Molekulare Diagnostik	2009	—	Swissmedic
Stammzellen Lagerung Betriebsbewilligung	Labormedizin, Med.Q Diagn. Hämatologie Stammzellen ZEA (Klinik)	2008	2010	Swissmedic
Bewilligung zur Herstellung von Transplantatprodukten	Labormedizin, Med.Q Diagn. Hämatologie, GMP-Labor	2011	—	Swissmedic
Bewilligung z. Durchf. mikrobiol. od. Serol. Untersuchungen an Blut, Blutprodukten, (...) z. Erkennung übertragbarer Krankheiten im Hinblick auf eine Transfusion, Transplantation oder Verarbeitung	Labormedizin, Med.Q Klinische Mikrobiologie	2005	2010	Swissmedic
Anerkennung als mikrobiolog. und serolog. Labor	Labormedizin, Med.Q Infektionsserologie, Klinische Chemie, Klinische Mikrobiologie	2005	2010	Swissmedic
Ausbildungslabor für Liquordiagnostik und Klin. Neurochemie	Labormedizin, Med.Q Klinische Chemie, Proteinlabor	2010	—	Dt. Ges. für Liquordiagnostik und klin. Neurochemie e.V.
Eduqua	Weiterbildung	2011	—	
ISO 9001:2008	Lungenzentrum	2010	—	Als erstes universitäres, interdisziplinäres Lungenzentrum der Schweiz für Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Lunge und des Thorax erhält das Behandlungszentrum Lunge des Universitätsspitals Basel das international anerkannte ISO 9001:2008 Qualitätsmanagementsystem-Zertifikat

## E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt	Ziel	Bereich	Laufzeit
Umsetzung Teilprojekt Polizept: Hebammengeleitete Sprechstunden	Implementierung einer hebammengeleiteten Sprechstunde für Low-risk Schwangerschaften Verkürzung von Wartezeiten Steigerung der Kundenzufriedenheit	Frauenklinik Frauenpoliklinik Schwangerschaftskontrollen Geburtshilfe	2010 - 2011
Einführung Akupunktur unter der Geburt	Phase 4, Evaluation und Projektabschluss	Frauenklinik Geburts- und Schwangerenabteilung	2008-2012
Teamentwicklung effiziente Kommunikation in einem hochdynamischen Arbeitsumfeld	Verbesserung von Kommunikation und Mitarbeiter-Zufriedenheit	Frauenklinik Geburts- und Schwangerenabteilung	2011-2012
Abschluss Projekt „Gebstrans“ mit diversen Teilprojekten	Optimierung von Prozessen/ Ressourcen Direktaufnahme von Frauen mit Vorwehen, zur Einleitung und Überwachung auf die Schwangerenabteilung Engpassszenario mit Checkliste zur Bewältigung von Gebärsaalüberlastung Verkürzung Ärzterapport mit strukturiertem Vorgehen und neuer Planung	Frauenklinik Geburts- und Schwangerenabteilung	2010-2012
Umsetzung neues Ausbildungskonzept Hebammen FH	Erarbeitung Curriculum für FH Praktikum B	Frauenklinik Geburts- und Schwangerenabteilung	2009-2012
Ein- und Austrittsmanagement	Anpassung an DRG-Vorgaben Informationssammlung der Pflegefachkraft mit spez. Assessment und Austrittsformular zur geordneten Übergabe in das ambulante Wochenbett.	Frauenklinik Mutter & Kind	2011-2012
Kinderarztvisite	Koordination, Optimierung der Abläufe zur Verbesserung der Qualität und Durchführbarkeit der Visite	Frauenklinik Mutter & Kind UKBB	2011
Rezertifizierung UNICEF	Schulung/Fortbildung	Frauenklinik Hebammen Pflegerische Reinigungspersonal UKBB	2011
Lerninsel Erweiterung auf Gyn Onko Ambi	HF Ausbildung neues Curriculum für 3 Phase in der ambulanten Gyn. Onkologie	Frauenklinik Gynäkologie & Gyn. Onkologie	2011-2013
Optimierung Pflegeprozess Gynäkologie	Implementierung diverser neuer pflegerischer Dokumente Arbeit am Pflegeprozess hinsichtlich PDCA-Zyklus Einführung wöchentlicher Jour Fixe zu Weiterbildungsthemen Einführung regelmässiger interdisziplinärer Fallbesprechungen	Frauenklinik Gynäkologie & Gyn. Onkologie	2011-2012
Wöchnerinnen- Konzept	Konzepterarbeitung, Einführung,	Frauenklinik	2010

Aktivität oder Projekt	Ziel	Bereich	Laufzeit
für gynäkologische Bettenstation	Schulung, Konsolidierung, Evaluation um Wöchnerinnen qualitativ auf sicherem Niveau auf gynäkologischer Bettenstation zu betreuen	Gynäkologie & Gyn. Onkologie	2012
Diagnosebezogenen Austrittsinformationen für Patienten nach Standardeingriffen (DAPS)	Erstellung schriftlicher Austrittsinformationen als Unterstützung für daheim	HNO Bettenstation	2011-2013
Weiterbearbeitung des Themas "Wissen und pflegerische Fähigkeiten bei tracheotomierten Patienten" durch die Qualitätsgruppe HNO Pflege	Konzepterarbeitung, Übertragung in den Klinikalltag (2. Preis Förderpreis der Onkologiepflege Schweiz)	HNO Bettenstation	2011
Screening Psychosoziale Belastungen bei HNO Tumorpatienten mit dem Distressthermometer	Erkennen und frühzeitige Intervention von Belastungen während einer Krebserkrankung	HNO Bettenstation	2010-2012
Pflegeprozess Teilprojekt Erstgespräch	Optimierung Erstgespräch zur pflegerischen Informationssammlung	Augenkl. Bettenstation Frauenkl. Schwangerenabteilung	2011-2012
Pflegesystem Wechsel	Definitiver Übergang von funktioneller zu patientenzentrierter Pflege Überprüfung durch IzEP	Augenkl. Bettenstation	2010-2012
Optimierung Poststationäre Betreuung	Sicherstellung eines strukturierten Patientenaustritts Bereitstellen von schriftlichem Informationsmaterial zu diversen ophthalmologischen Diagnosen und Therapien	Augenkl. Bettenstation	2011-2012
Reorganisation des Rapportwesens	Reorganisation des Rapportwesens, Beziehungsbildung Patienten-Pflege Patient ist in den Pflegeprozess einbezogen Patientendokumentation wird effizienter genutzt.	Bettenstationen der: Dermatologie, Augenkl., Frauenkl. Gynäkologie Gyn. Onkologie	2011-2012
Umsetzung Dekubitusleitlinie	Schulung und Einführung der neuen Dekubitusleitlinie bei allen Pflegenden	Dermatologie	2011-2012
Einführung Nutrition risc score	NRS wird entsprechend der Vorgaben angewandt → Verbesserung der Wundheilung durch Verhinderung von Malnutrition.	Dermatologie	2011
Optimierung Pflegeprozess	Erarbeitung, Schulung und Implementierung der Informationssammlung und der Pflegeplanung (gestützt auf Erfahrungen aus dem Bereich Medizin)	Dermatologie Bettenstation	2011-2012
Implementierung Austrittschecklisten	Effizienz des Austrittsprozederes wurde gesteigert	Dermatologie Bettenstation	2011
Wundberatung für die Bereiche Medizin und Spezialkliniken	Erarbeitung für Angebot und Konzept einer klinik- und bereichsübergreifenden Wundberatung	Dermatologie	2011-2012
Implementierung EFQM	Umsetzung der Excellence Philosophie	Anästhesie	laufend
Ausbau OP-Kapazität	Rekrutierung / Weiterbildung aller betroffenen Berufsgruppen	Anästhesie	laufend
Sanierung OP-Ost / OIB	Sanierung Immobilien	Anästhesie	laufend
CIRS	Fehlerkultur / Patientensicherheit	Anästhesie	laufend

<b>Aktivität oder Projekt</b>	<b>Ziel</b>	<b>Bereich</b>	<b>Laufzeit</b>
OP-Management	Optimierung OP-Prozesse / Teilprojekte	Anästhesie OPDZ	laufend
Patientenbefragung	Qualitäts-Controlling	Anästhesie OPDZ	laufend
Patienten Dokumentations-system	Erhöhung Dokumentationsqualität	Anästhesie OIB	laufend
Praxisentwicklung Pflege	Portfolioziele OIB / PMK	Anästhesie OIB	laufend
PAS	Erhöhung der Kapazitäten	Anästhesie OPDZ	laufend
Konfliktmanagement	Standardisiertes Vorgehen / MA Zufriedenheit	Anästhesie Support	laufend
Business Excellence	Nachhaltige und ganzheitliche Unternehmensführung vor dem Hintergrund von EFQM	Pathologie	Laufend
Akkreditierung	Qualitäts- und Prozessoptimierung	Pathologie	Laufend
Jahresbericht Radiologie und Nuklearmedizin	Ab 2010 erstellen Radiologie und Nuklearmedizin einen eigenen gemeinsamen Jahresbericht, der sich vornehmlich an die Zuweiser richtet, um diese besser über die Angebotspalette und die Leistungen beider Fächer zu informieren	Radiologie & Nuklearmedizin	abgeschlossen
Umbau / Befundungszone	Optimierung der Arbeitsabläufe und Patientenwege innerhalb des Instituts, Zusammenfassung der ärztlichen Arbeitsgruppen in organbezogenen Clustern. Verbesserung der Patienten- und Kundenfreundlichkeit durch neue Empfangszone und neue Konferenzräume.	Radiologie & Nuklearmedizin	abgeschlossen
Umbau Bürozone	Optimierung der Arbeitsplatzsituation.	Radiologie & Nuklearmedizin	begonnen
Protokolle im Intranet	Ablage aller Untersuchungsprotokolle auf dem Laufwerk I, damit jeder Mitarbeitende zu jedem Zeitpunkt und an jedem Arbeitsplatz die jeweils neueste Version der Untersuchungsprotokolle einsehen kann.	Radiologie & Nuklearmedizin	abgeschlossen
Fusion Radiologie und Nuklearmedizin	Die Fusion von Radiologie und Nuklearmedizin hat das Ziel, die Expertise in den Hybridtechniken zu verbessern und den Zuweisern hoch qualifizierte Leistungen und einen optimierten Methodeneinsatz aus einer Hand anbieten zu können.	Radiologie & Nuklearmedizin	abgeschlossen
Optimierung Prozesse Anmeldung Radiologie und Nuklearmedizin	Durchführung von Workshops zum Thema Kundenorientierung zur Optimierung der Dienstleistung, des Personaleinsatzes und der Arbeitsprozesse zwecks Erhöhung der Patienten- und Zuweiserzufriedenheit	Radiologie & Nuklearmedizin	abgeschlossen
Erstellung klinikinterner Leitlinien	Leitlinien verbessern die Qualität der Therapie	Radio-Onkologie	laufend
Marketinganalyse	Bestätigung der Kenntnisse über die fachliche, wirtschaftliche und politische Stellung der Radioonkologie in der Region	Radio-Onkologie	abgeschlossen
Umbau Therapieplanung: neues Planungs-CT	Erweiterung der technischen Möglichkeiten der Bestrahlungsplanung und –umsetzung	Radio-Onkologie	abgeschlossen
Anpassung und Ausbau der Internetseite	Umfassende Darstellung alle fachlichen Angebote für Patienten, Studenten und Ärzte	Radio-Onkologie	laufender Prozess

Aktivität oder Projekt	Ziel	Bereich	Laufzeit
Umbau Überwachungszone Angiografie	Umbau und Erweiterung der Überwachungszone in der Angiografie für die optimale Betreuung von Patienten nach angiografischen Interventionen.	Radiologie & Nuklearmedizin	abgeschlossen
Optimierung der Terminkoordination mit internen Zuweisern	Automatisierung eines regelmässigen Kommunikationsweges für terminierte und angeforderte radiologische und nuklearmedizinische Untersuchungen für interne Zuweiser.	Radiologie & Nuklearmedizin	begonnen
Elektronischer Versand von Befundbriefen	Befunde sollen zukünftig als PDF per E-Mail an alle Zuweiser übermittelt werden, die über einen gesicherten E-Mail-Account (HIN-Netz) verfügen	Radiologie & Nuklearmedizin	begonnen
CIRS	Einführung des spitalweiten Critical Incidents Reporting Systems in der Radiologie und Nuklearmedizin.	Radiologie & Nuklearmedizin	begonnen
Spracherkennung Nuklearmedizin	Nach der Radiologie soll nun auch in der Nuklearmedizin vollständig auf digitale Spracherkennung umgestellt werden. Dadurch können die Befundlaufzeiten verkürzt und Effizienzgewinne realisiert werden.	Radiologie & Nuklearmedizin	begonnen
Optimierung Arbeitszeitenregelung Radiologen	Durch gezielte Massnahmen soll die Arbeitszeitsituation in der Ärzteschaft der Radiologie und Nuklearmedizin optimiert werden. Dadurch soll die Mitarbeiterzufriedenheit erhöht und kostentreibende Überzeiten vermieden werden.	Radiologie & Nuklearmedizin	begonnen
Zytostatika Herstellung	Ausbau der Zytostatika-Herstellung i USB, Einbau einer dritten Bench, Implementierung der elektronischen Bestellung durch Abteilungen via CATO	Spitalpharmazie	laufender Prozess
Optimierung Einkauf Reagenzien	Optimierung der Logistik und Datenflüsse und Einkaufskonditionen der Reagenzien am USB	Spitalpharmazie	laufender Prozess
Klima-Monitoring	Implementierung eines Online Klima-Monitorings in der Herstellungsräumen des SPh am USB	Spitalpharmazie	laufender Prozess
Klinische Pharmazie	Ausbau der Ausbildungsstellen in Klinischer Pharmazie (FPH-Titel) und Ausbau der Aktivitäten auf Stationen der Medizin und der Chirurgie am USB	Spitalpharmazie	laufender Prozess
Systematische Erfassung von Behandlungsverlauf;	Bei Metacarpale-Frakturen wird mit vorgegebenem Raster der Verlauf systematisch erfasst, um die Behandlungs-Qualität zu überprüfen. Ergebnisse der Auswertung fehlen noch.	Therapie-Dienste Ergotherapie	laufend
Journals of Hand Therapy	Ziel: internationaler Standard bei Patienten in der Handrehabilitation zu halten.	Therapie-Dienste Ergotherapie	laufend
Behandlungskonzept	Behandlungsrichtlinien der häufigsten Diagnose werden standardisiert, um Abläufe auf allen Stationen zu erleichtern	Therapiedienste Physiotherapie	Laufend
Dysphagie-Abklärung	Auswertung aktueller Studien und allfällige Anpassung des Prozedere	Therapiedienste Logopädie	laufend
Hospitality	Schulung administrativer MA	Therapie-Dienste	abgeschlossen
Erstellen elektronisches Formular für	Zeitnahe Information der nachbehandelnden Therapeutinnen	Therapiedienste	abgeschlossen

Aktivität oder Projekt	Ziel	Bereich	Laufzeit
Folgeinstitute	über Zustand von Patienten nach Verlegung	Logopädie	
Behandlungsschema	Nachbehandlung von Patienten nach Herzinfarkt ist standardisiert	Therapiedienste Physiotherapie	abgeschlossen
Stufenmodell	Mögliche Rollen für Karriereplanung sind beschrieben	Therapie-Dienste	abgeschlossen
Einführung des Visitenstandards gesamte Medizin	Verbesserung der Ablaufstrukturen und der fachlichen Kommunikation in kooperativer Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden, Verbesserung der Visitenkommunikation mit dem Patienten.	Medizin	laufend
Einführung der Assistenten	Einführung neuer Assistenten in die Arbeitsweise der Inneren Medizin und der Interaktionsprozesse von Ärzten und Pflegenden	Medizin	laufend
Casemanagement	Verbesserung der Austrittsplanung	Medizin	laufend
"Austrittsplanung und -information"	"Verbesserung des Austritts und Umsetzung des Austrittsstandards USB (z.B. Einbindung Pharmazie für bessere Information bez. Nebenwirkungen) "	Medizin	laufend
Rollout des Patientenrückmeldeflyers in den ambulanten Bereichen	Feedback ambulanter Patienten, Besucher und Angehörige	Qualitätsmanagement	abgeschlossen
Aufschaltung des Rückmeldeformulars USB-Internetseite	Online-Rückmeldeformular	Qualitätsmanagement	abgeschlossen
Upgrade Cirsmedical V7 auf Cirsmedical V9. USB flächendeckende CIRS-Meldegruppen eingerichtet. (MED, CHIR, ANAE, GYN,UAK, HNO, DERM, NEURO, Therapien, Labor, Radiol., Pharmazie, Betriebe. Schaffung einer CIRS@USB-Hauptinstanz. Schulungen durchgeführt	Flächendeckende Einführung von CIRS-Meldegruppen unter der CIRS@USB Hauptinstanz.	Medizin Chirurgie Spezialkliniken Medizinischer Querschnitt Personal und Betrieb	abgeschlossen
Evaluation Pflegerichtlinien	Pflegerichtlinien (PRL) dienen als Handlungsanweisungen in der praktischen Pflegearbeit. Seit 1992 werden PRL er- und überarbeitet, insgesamt existieren über 100 PRL. Die Nutzung, Implementierung und Nutzerfreundlichkeit dieser PRL wurde nun erstmals breit evaluiert. Veränderungsmaßnahmen sind eingeleitet.	Pflege und medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufe (MTT)	abgeschlossen
Evaluation Rolle Pflegefachverantwortliche	Verbesserung und Weiterentwicklung der Rolle Pflegefachverantwortliche (PFV) im USB. Untersucht wurde wie die Rolle auf den Abteilungen umgesetzt wird, welche fördernde und hindernde Faktoren für die Umsetzung sind, inwieweit die Ziele erreicht werden und wie die Rolle zu verbessern ist. Die Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen ist zur Zeit in Diskussion.	Pflege und MTT	laufend

<b>Aktivität oder Projekt</b>	<b>Ziel</b>	<b>Bereich</b>	<b>Laufzeit</b>
Leitlinie Dekubitusprophylaxe	Eine Leitlinie zur systematischen Erfassung der dekubitusgefährdeten Patienten und zur Regelung evidenzbasierter Interventionen zur Dekubitusprophylaxe wurde erarbeitet und eingeführt. Mit einer regelmässigen Erhebung der Prävalenz des Indikators Dekubitus kann die Wirksamkeit dieser Leitlinie überprüft und Veränderungen eingeleitet werden.	Pflege und MTT	abgeschlossen
Schulung der Mitarbeitenden in Arbeitssicherheit und Brandschutz	Verminderung von Arbeitsunfällen und Steigerung der Fähigkeiten bei der Brandbekämpfung	Personal und Betrieb	laufend
Aufschalten aller Sicherheits-Stoffdatenblätter im Intranet	Zugänglichkeit/Zugriffsmöglichkeit für alle MA im USB gewährleisten	Personal und Betrieb	laufend
Rezertifizierung der zentralen Sterilisation am Standort West und Ost nach ISO 9001:2008 und 13485:2003	Aufrechterhaltung des hohen Wiederaufbereitsniveaus	Personal und Betrieb	abgeschlossen
Eduqua-Zertifizierung der Weiterbildung	Professionelles Knowhow zur Weiterbildung interner und externer KundInnen erlangen	Personal und Betrieb	abgeschlossen
Bettenmanagement	Einheitliche, transparente und verbindliche Steuerung der Bettenbelegung nach klaren Kriterien, gleichmässiger Bettenbelegung über Stationen und Zeit.	Bereich Chirurgie	laufend
OP-Management	Steigerung der operativen Leistungsfähigkeit und Qualität in der Planung im USB, mit Reduktion von Wartezeiten und zeitnaher Erledigung von Notfalleingriffen.	Bereich Chirurgie	laufend
CIRS	Wöchentliche Besprechung von CIRS Fällen an der Departementskonferenz und Bereichsleitungssitzung	Bereich Chirurgie	laufend
Komplikationserfassung im ISOP	Eingabe von perioperativen Komplikationen	Bereich Chirurgie	laufend
Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen	Regelmässige Besprechung von aktuellen Fällen	Bereich Chirurgie	laufend
Reklamationen	Besprechung von Patientenrückmeldungen auf Klinik-, Stations- und Bereichsebene	Bereich Chirurgie	laufend
Task Force SSI (Surgical Site Infections)	Erstellen und Überwachen von Hygienestandards im OP und Messen der Infektionsrate, in Zusammenarbeit mit Spitalhygiene USB	Bereich Chirurgie	laufend
Outcome Messungen für Fachgesellschaften	Spinale Chirurgie, Swiss Vasc, Implantat Register, Transplantations-Register	Bereich Chirurgie	laufend
Morbiditäts- und Mortalitätsberichterstattung	Beitrag der jeweiligen Klinikstatistik für Qualitätsberichtserstattung des Spitals	Bereich Chirurgie	laufend

# F

## **Schlusswort und Ausblick**

Das Qualitätsmanagement verfolgt zwei wichtige strategische Ziele mit seiner Datenpräsentation: Die Förderung (1) der Binnenwahrnehmung und (2) der Aussenwahrnehmung. Die Förderung der Binnenwahrnehmung durch die Mitarbeiter ist wichtig, um sie für den Nutzen systematischer Erhebungen, Analysen und Darstellungen von Qualitätsdaten zu sensibilisieren. Den Führungspersonen des USB bieten die in bestimmten zeitlichen Intervallen gewonnenen Daten einen Überblick in die Verläufe der Qualitätsniveaus. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn in Verbesserungsprojekte investiert wird. Die Förderung der Aussenwahrnehmung durch die Öffentlichkeit (durch Laien, potenzielle Patienten oder durch ein interessiertes Fachpublikum) ist wichtig, um zu zeigen, dass unser Spital sich für eine permanente Qualitätsentwicklung im USB engagiert.

Derzeitige Entwicklungen einer sich verändernden Spitallandschaft machen es erforderlich, dass die Spitalführung Qualität und Wirtschaftlichkeit gut im Auge behält, wenn das Spital im Wettbewerb bestehen soll. Zu den wichtigen Monitoring-Daten werden zukünftig mehr als bisher auch Qualitätsdaten gehören, die es ermöglichen, schneller eingreifen zu können, wenn sich Fehlentwicklungen anbahnen sollten. Darüber hinaus bieten die erhobenen Daten, wie beispielsweise die individuellen Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten, auch die Möglichkeit, das Spezifische eines Spitals abzubilden und so zum Wettbewerbsvorteil beizutragen. Denn Lernen ist nicht nur aus fehlerhaften Vorkommnissen, kritischen Ergebnissen von Patientenbefragungen oder aus Patientenreklamationen möglich, sondern auch aus den positiven Kommentaren und Rückmeldungen von Patienten. Sie können – systematisch ausgewertet – zum Ausbau von Stärken motivieren.