



Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
4031 Basel



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern
und Basel-Stadt

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	5
1.	Permanente Patientenbefragung	5
2.	Patienten-Feedback-Flyer	5
3.	Entlassungsstandard	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	7
C1	Angebotsübersicht	7
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2010	9
D	Qualitätsmessungen	10
D1	Zufriedenheitsmessungen	10
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	10
D1-2	Angehörigenzufriedenheit	12
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	13
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	14
D2	ANQ-Indikatoren	15
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape	15
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	16
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	17
D2-4	Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)	18
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010	19
D3-1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	19
D3-2	Stürze	19
D3-3	Dekubitus (Wundliegen)	20
D3-4	Freiheitseinschränkende Massnahmen	20
D3-5	Dauerkatheter	22
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	23
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	23
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	24
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	30
F	Schlusswort und Ausblick	31
G	Impressum	32

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.

Im Berichtsjahr 2010 eine neu entwickelte „*Permanente Patientenbefragung*“ gestartet: Aus dem administrativen SAP-System wird automatisch ein Kurzfragebogen erstellt, der an alle austretenden Patientinnen und Patienten abgegeben wird. Bei fehlender Antwort wird nach vier Wochen automatisch ein Erinnerungsschreiben generiert und verschickt. Der Rücklauf wird per Scanner eingelesen. Dann werden die Daten der Befragung 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 Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und 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 2010 steht mit der Erstellung eines Minimalstandards für das gesamte Spital der Austrittsprozess. Der Entlassungsprozess ist auch das Thema des Qualitätsforums, einer Veranstaltung für alle Mitarbeitenden im USB, das mit insgesamt fünf Vorträgen den Entlassungsprozess aus unterschiedlichen Perspektiven aufgreift.

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 Patientinnen und Patienten unseres Spitals ausgerichtet. Mit den aktuellen Massnahmen wollen wir medizinische Behandlungsqualität, Sicherheit, Vertrauen und Kommunikation mit Patientinnen und Patienten verbessern.

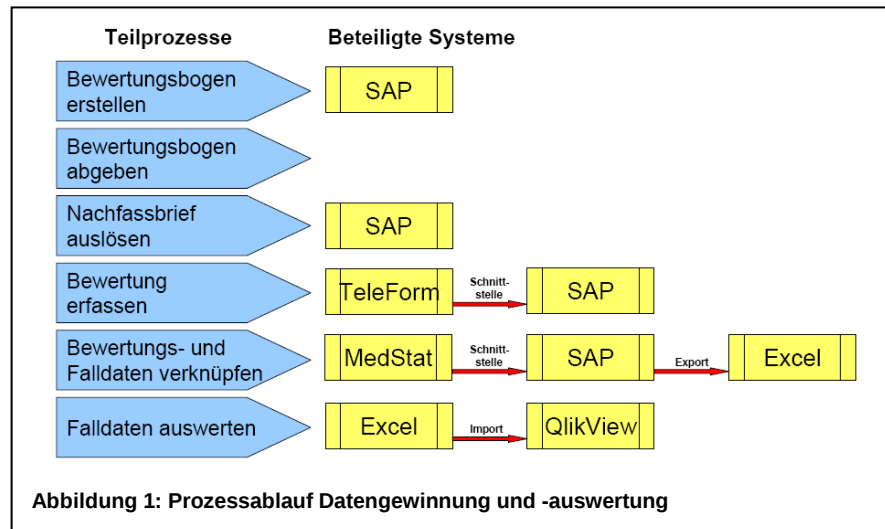
B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die im Dezember 2009 von der Spitalleitung beschlossenen Qualitätsziele für das Jahr 2010 fokussierten drei Themengebiete (1) die Realisierungsphase des Projektes „Permanente Patientenbefragung“ und (2) die Erarbeitung eines Entlassungsstandards unter Einbeziehung bestehender Erfahrungen mit dem Entlassungsmanagement und eingeführter Checklisten. (3) Ein drittes Qualitätsziel ergibt sich aus dem ersten: die Erstellung eines Feedbackflyers für Patientinnen und Patienten sowie für Angehörige zur Ergänzung der „Permanenten Patientenbefragung“.

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

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 „Permanenten 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 2009 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 2010

Alle Qualitätsziele für das Berichtsjahr 2010 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 Spitalentwahl 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 Rating 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

☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☒	Andere Organisationsform, nämlich: Das QM untersteht einem Ressortleiter der Spitalleitung
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt 200 Stellenprozente zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. phil. H. Weber	061 328 7243	hweber@uhbs.ch	Qualitätsbeauftragte USB
Dr. med. A. Todorov	061328 7039	atodorov@uhbs.ch	Medizinische Kodierung, RPQM - Datenverarbeitung

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → **Spital / Klinik XY**
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe

☒ Wir sind eine **Spital- /Klinikgruppe** mit folgenden **Standorten**:
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 Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	4031, Basel	
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	4031, Basel	
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	4031, Basel	
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	4031, Basel	
☒ Geriatrie (Altersheilkunde)	4031, Basel	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden 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 Kreislaufkrankungen)	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)		
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 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelter Patienten,	129'208	119'902	Quelle – MIS
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			
Anzahl stationär behandelter Patienten,	31'325	30'205	Quelle - Medstat/SAP
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	2'453	2'145	Quelle - Medstat/SAP
Geleistete Pflegetage	239'585	238'846	Quelle - Medstat
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	701	701	Quelle – MIS
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	7.65	7.86	Quelle - Medstat (Tage)
Durchschnittliche Bettenbelegung	93.8%	92.1%	Quelle – MIS

NB: Werte MIS – 2009 korrigiert nach Stand Februar 2011



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 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. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit,		
☐	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung ab 01. July durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☒ Die Messung ist nicht abgeschlossen . Es läuft weiter im Jahr 2011. Die Ergebnisse 2. Halbjahr 2010 werden im Qualitätsbericht-USB publiziert.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon ☐ Picker ☐ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)	☐ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
☒ eigenes, internes Instrument – Modifiziertes „klein Picker-18“				
Beschreibung des Instrumentes	Erfahrungen mit und Auswertung des Behandlungsqualität durch Patient – 18 geschlossene Fragen mit 2 bis 6 Optionsantworten.			
Einschlusskriterien	Alle stationär behandelten Patienten.			
Ausschlusskriterien	Neugeborene, Gestorbene			
Rücklauf in Prozenten	44.9%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☒ Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Rückmelde-/ und Beschwerdemanagement
Name der Ansprechperson	Basler Vera, Dr. H. Weber
Funktion	Qualitätsbeauftragte
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	+41 61 265 2900, baslerv@uhbs.ch / weberh@uhbs.ch , Montag bis Freitag: 09:00-12:00 / 14:00-16:30
Bemerkungen	

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?			
☒	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	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 Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes				
Einschlusskriterien				
Ausschlusskriterien				
Rücklauf in Prozenten			Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

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?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
☒	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	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 Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

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?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
☒	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	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 Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

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 Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 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

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 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 Spital-Austritts. 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 wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?				
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.			
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.			
☒	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2011
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse			
Anzahl Austritte im Jahr 2010	Anzahl Wiedereintritte im Jahr 2010	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
31'325			SQLape/ANQ
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
ANQ – SQLape immer noch im Testphase			
☒	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Rehospitalisationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		

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. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.ang.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
☒	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
☒	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse			
Anzahl Operationen im Jahr 2010	Anzahl Reoperationen im Jahr 2010	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
SQLape Messinstrument noch nicht validiert			
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Reoperationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .			

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektionen die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
☐	Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Nur Bereich Chirurgie

Messergebnisse					
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen	Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen	Infektions-rate Spital / Klinik	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ¹	Bemerkungen
☐ Gallenblase-Entfernung				3.9%	
☐ Blinddarm-Entfernung				4.5%	
☐ Hernieoperation				1.1%	
☐ Dickdarm (Colon)				12.7%	
☐ Kaiserschnitt (Sectio)				1.9%	
☐ Herzchirurgie	Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.				
☐ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
☐ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					

☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

¹ Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.

Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
☒	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).
☐	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse Medizinische Abteilungen	Wert	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung			
Beurteilung der pflegerischen Versorgung			
Beurteilung der Organisation			
☐	In unserem Betrieb haben wir keine medizinischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

Messergebnisse Chirurgische Abteilungen	Wert	Schweizer Durchschnitt ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung			
Beurteilung der pflegerischen Versorgung			
Beurteilung der Organisation			
☐	In unserem Betrieb haben wir keine chirurgischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
--------------------------	---

² Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Spitäler, die sich 2009 an der PEQ-Messung des ANQs beteiligt haben. Die Werte wurden im März 2011 durch den ANQ veröffentlicht.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)		
Was wird gemessen?	Prävalenz		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		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).		
☒	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	Hybase software Tietenator, Deutschland

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze		
Was wird gemessen?	Sturzereignisse		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...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).		
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)
Was wird gemessen?	Dekubitus Risiko, Dekubitus Grad 1 – 4, Entstehungsort, Ernährungszustand, Dekubitus relevante Nebendiagnosen, Alter, Dokumentation, Interventionen (Mobilität, Lagerung, Auflagesysteme)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Ausnahmen: Notfallstation, Mutter-Kind-Abteilung

Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Anzahl Dekubitus 25: 7 Grad 1, 10 Grad 2, 6 Grad 3, 2 Grad 4	Anzahl Dekubitus 86: 72 Grad 1, 14 Grad 2	Total 66 von 580 Patienten (11.38%) weisen insgesamt 111 Dekubitus auf

☐	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).
☒	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitseinschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall Wir haben dazu keine Daten, eine Leitlinie ist in Bearbeitung, im Voraus sollte eine Prävalenzmessung gemacht werden.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	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).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010
--

☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter Bis dato noch keine Prävalenzmessung

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	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).
☐	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Bereich Innere Medizin, Klinik für Hämatologie	JACIE (Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT) is a non-profit body established in 1998 for the purposes of assessment and accreditation in the field of haematopoietic stem cell (HSC) transplantation. Founded by the European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) and the International Society for Cellular Therapy (ISCT), the two leading scientific organisations involved with HSC transplantation in Europe.	08/ 2009	08/ 2009	Gültig bis 08/2013
Bereich Chirurgie, Lungenzentrum	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.	2010	abgeschlossen	
Bereich Spezialkliniken, Frauenklinik	World Health Organization UNICEF: Auszeichnung als stillfreundliches Hospital	06/2004		12/2011
Bereich Spezialkliniken, Dermatologie	Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle, Norm IOS/IEC 17020, ISO/IEC 34-1, ILAC G-13 und Forderungen der QUALAB: Zertifikat für das Labor	01/2009		o.A:
Bereich Med. Querschnittsfunktionen	Good Laboratory Practice GLP	A	Swissmedic	A (1997)
	JACIE Akkreditierung	B, Hämatologie Stammzellen	JACIE Accreditation NL	A (2005)
	EFI Akkreditierung	C, Hämatologie , Molekulare Diagnostik	EFI Accreditation Office, Leiden, NL	A (2005)
	GUMG Betriebsbewilligung	C, Hämatologie , Molekulare Diagnostik	Swissmedic	B (2009)
	Stammzellen Lagerung Betriebsbewilligung	B, Stammzellen und ZEA (Klinik)	Swissmedic	B (2008)
	Infektionsserologie Betriebsbewilligung	B, Infektionsserologie, Klinische Chemie, Klinische	Swissmedic	A (2005)

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
		Mikrobiologie		
Bereich Personal und Betrieb, Zentralsterilisation	Zertifizierungsstelle der SWISS TS technical Services AG: Aufbereitung von sterilen Medizinprodukten		05/ 2009	05/2011
Ressort Entwicklung Gesundheitsberufe	Anerkennung als Weiterbildungsstätte für die Höhere Fachausbildung Stufe 1 Bereich Allgemeine Pflege	A	A: SBK (Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachpersonen)	A: Bestätigung der Anerkennung, Dezember 2010
	Gleichwertigkeitsanerkennung und Bewilligung für die Durchführung der obligatorischen Kurse für BerufsbildnerInnen	C: Ausbildung	B: kantonale Berufsberatung, Berufs- und Erwachsenenbildung des Erziehungsdepartements BS	C: In Kraft gesetzt ab 1. 1. 2010
Ressort Prozessunterstützung und Informatik, PIT	SAP Customer Competence Centre SAP's Customer Centre of Expertise Primary Certification	04/ 2009		01/2011

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Bettenmanagement	Einheitliche, transparente und verbindliche Steuerung der Bettenbelegung nach klaren Kriterien, gleichmässige Bettenbelegung über Stationen und Zeit.	Bereich Chirurgie	2010 abgeschlossen
OP-Management	Steigerung der operativen Leistungsfähigkeit und Qualität in der Planung im USB, mit Reduktion von Wartezeiten und zeitnahe Erledigung von Notfalleingriffen.	Bereich Chirurgie	laufend
CIRS	Wöchentliche Besprechung von CIRS Fällen an der Departmentskonferenz 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
Umsetzung der Konsiliararztvisiten	Planung der Konsiliarvisiten in den Zeitfenster, die nicht von der Routine-Visite am Vormittag betroffen sind	Bereich Medizin	abgeschlossen
Einführung des Visitenstandards	Verbesserung der Ablaufstrukturen und der fachlichen Kommunikation in kooperativer Zusammenarbeit zwischen	Bereich Medizin	laufend

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
gesamte Medizin	Ärzten und Pflegenden, Verbesserung der Visitenkommunikation mit dem Patienten.		
Spätrapport mit Pflegenden und Ärzten	Abendabstimmung zwischen Arzt und Pflegefachperson: Analysen, Verordnungen, Prozedere	Bereich Medizin	laufend
Klinikrapport CIRS	CIRS ist allen MA bekannt und wird auf allen Abtln. angewendet, regelmässige Rapporte finden statt und Einführungen am konkreten Fall auf den Stationen; Administratoren nehmen ihre Verantwortung wahr	Bereich Medizin	abgeschlossen
Patientenzentrierter Pflegerapport (ersetzt "Übergabe" bzw. Rapport)	PAT zentrierte Schichtübergabe am Krankenbett	Bereich Medizin	laufend
Verbesserung der Austrittsplanung	Casemanagement	Bereich Medizin	laufend
Infosammlung PFL, Eintrittsscreening	Erfassung PAT Situation/ Ziele und Austrittsplanung gestalten	Bereich Medizin	laufend
Standardisiertes interdisziplinäres Eintritts/ Austrittsmanagement	Optimierung der Patientenbedürfnisse im Hinblick auf die Entlassung, vor allem gesicherte Augentherapie und allgem. Aufklärung.	Sezialkliniken, Augenklinik	laufend
Händehygiene + Erscheinungsbild AK	Händehygiene	Sezialkliniken, Augenklinik	abgeschlossen
Optimierung Telefonie Augenklinik	Erhöhung der Kundenzufriedenheit durch ausreichende Verfügbarkeit der Telefonkapazitäten, effiziente Abwicklung der Terminusdisposition und der Zuweisungen. Bessere telefonische Erreichbarkeit für Patienten und zuweisende Ärzte.	Sezialkliniken, Augenklinik	abgeschlossen
Screening psychosoziale Belastung bei HNO-Tumorkranken	1. Formale Vorbereitung zur Durchführung eines Screenings ist erfolgt. 2. Mitarbeiterinformation und Schulung hat stattgefunden, 3. Screening wird während einer Probephase von 1 Jahr durchgeführt. 4. Zwischenevaluationen finden statt, 5. Evaluation und Entscheid zur Fortführung finden statt.	Sezialkliniken, HNO	laufend
Evaluation der Qualitätssicherung der Händehygiene auf der HNO	1. Die Patienteninformationen sind transdisziplinär erstellt, 2. Die formale Grundstruktur einer schriftlichen Patienteninformation ist erarbeitet. 3. Es werden 1-4 Patienteninformationen erstellt. 4. Die erste Patienteninformation ist eingeführt. 5. Kriterien für eine Überprüfung/ Evaluation sind erstellt. 6. Die Evaluation hat stattgefunden. 7. Beschluss zur Weiterführung ist gefällt.	Sezialkliniken, HNO	laufend
Diagnosebezogene Austrittsinformationen für Patienten nach Standardeingriffen	1. Die Patienteninformationen sind transdisziplinär erstellt, 2. Die formale Grundstruktur einer schriftlichen Patienteninformation ist erarbeitet. 3. Es werden 1-4 Patienteninformationen erstellt. 4. Die erste Patienteninformation ist eingeführt. 5. Kriterien für eine Überprüfung/ Evaluation sind erstellt. 6. Die Evaluation hat stattgefunden. 7. Beschluss zur Weiterführung ist gefällt.	Sezialkliniken, HNO	laufend
Evaluation der Qualitätssicherung der Händehygiene auf der HNO	1. Es findet eine abteilungsinterne Evaluation der Händehygiene statt. 2. Mind. 10 Pflegefachpersonen und alle Pflegeassistenten werden auf ihr Erscheinungsbild und ihre Händehygiene überprüft.	Sezialkliniken, HNO	abgeschlossen
Wissen und pflegerische Fähigkeiten bei tracheotomierten Patienten	1. Anatomisches, physiologisches und pathophysiologisches Wissen rund um den Kehlkopf und die Atmung ist erarbeitet und schriftlich festgehalten. 2. Stationsinterne Pflegerichtlinien zur Tracheostomapflege sind überarbeitet. 3. Die Richtlinien und das dokumentierte Wissen sind durch Schulungseinheiten an die Mitarbeiter der HNO-Klinik weitergegeben. 4. Kriterien für Monitoring sind ausgearbeitet.	Sezialkliniken, HNO	laufend
Teilprojekt Polizept, Einführung Hebammengeleitete Sprechstunden in der Frauenpoliklinik	Die diplomierten Hebammen führen gemäss Ein- und Ausschlusskriterien bei schwangeren Frauen die Sprechstunde selbstständig durch und rechnen diese im Tarmed ab.	Sezialkliniken, Frauenklinik	abgeschlossen

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Akkreditierung als Prüfstelle für androl. Untersuchungen, Reproduktionsbiologie etc.		Sezialkliniken, Frauenklinik	laufend
Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2000 (Bereich Kinderwunsch etc.)		Sezialkliniken, Frauenklinik	laufend
Zertifizierung und Audit Ersttrimesterrisiko-Screening		Sezialkliniken, Frauenklinik	laufend
European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)	Europ. Training Centre in Obstetrics & Gynaecology	Sezialkliniken, Frauenklinik	laufend
European Training Centre in Gynaecologic Oncology (ESGO)	Europ. Training Centre in Obstetrics & Gynaecology	Sezialkliniken, Frauenklinik	laufend
Analyse der ambulanten Tätigkeiten und Erarbeitung eines neuen Konzepts bezgl. Bewirtschaftung	Optimierung der Abläufe im ambulanten Bereich, Ausnutzung der Raumressourcen, Wirtschaftlichkeit im Hinblick auf DRG und Verselbständigung des USB	Sezialkliniken, Frauenklinik	laufend
Analyse der ambulanten Tätigkeiten und Erarbeitung eines neuen Konzepts bezgl. Bewirtschaftung	Optimierung der Abläufe im ambulanten Bereich, Ausnutzung der Raumressourcen, Wirtschaftlichkeit im Hinblick auf DRG und Verselbständigung des USB	Sezialkliniken, Frauenklinik	laufend
Einführung Akupunktur in der Geburtshilfe Teil 3	Anwendung von Akupu unter der Geburt durch Hebammen, Teil 3: Definieren von Evaluationsinstrumenten	Sezialkliniken, Frauenklinik	laufend
Gebtrans	Analyse der personellen und räumlichen Ressourcen	Sezialkliniken, Frauenklinik	laufend
Eintritts/ Austrittsmanagemen t	Nachvollziehbarkeit in der Dokumentation/Aktivierung des Pflegeprozesses	Sezialkliniken, Frauenklinik	laufend
Optimierung Kinderarztvisite	Qualitäts- und Effizienzsteigerung, Interdisziplin. Visite als Behandlungsteam: Pflege/Arzt/Mutter (Familie)	Sezialkliniken, Frauenklinik	laufend
Abbildung Pflegeprozess	Nachvollziehbarkeit in der Dokumentation/Aktivierung des Pflegeprozesses	Sezialkliniken, Frauenklinik	laufend
Weiterbildungskonzept Gynäkologie Pflege	Wöchentliche Weiterbildungsstunde der Gynäkologie, Gyn. Onkologie. Themen: Pflegeprozess und Pflegequalität; fördern der Fachsprache und der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit des Teams; fachbezogene Weiterbildung, Stärkung des Teams im Pflegealltag.	Sezialkliniken, Frauenklinik	laufend
Händehygiene Projekt der Pflegefachverantwortlichen der Spezialklinik, FK Gynäkologie	Die MitarbeiterInnen sind in der Lage die schriftlichen Vorlagen betreffend der Händehygiene online im Intranet zu benutzen. Die Vorgaben der Händehygiene werden in der Praxis nachhaltig umgesetzt. Die Bewusstseinsverbesserung der Mitarbeiterinnen im Umgang mit der Händehygiene.	Sezialkliniken, Frauenklinik	abgeschlossen
Implementierung EFQM	Umsetzung der Excellence Philosophie	Med. Querschnittsfunktionen, Med. Q, Anästhesie	laufend
Analyse Personalressourcen	Ist-Soll Abgleich	Med. Q, Anästhesie	abgeschlossen
Sanierung OP-Ost / OIB	Sanierung Immobilien	Med. Q, Anästhesie	laufend
CIRS	Fehlerkultur / Patientensicherheit	Med. Q, Anästhesie	laufend
OP-Management	Optimierung OP-Prozesse / Teilprojekte	Med. Q, OPDZ	laufend
Patientenbefragung	Qualitäts-Controlling	Med. Q, OPDZ	laufend
Patienten	Erhöhung Dokumentationsqualität	Med. Q, OIB	laufend

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Dokumentationssystem			
Praxisentwicklung Pflege	Portfolioziele OIB / PMK	Med. Q, OIB	laufend
Kurswesen / Analyse	Kongruenz Angebot + Ressourcen	Med. Q, Support	abgeschlossen
Kulturanalyse	Statuserhebung	Med. Q, Support	abgeschlossen
Ausbildungskonzept Therapie-Dienste	Standardisierte Ausbildung der Studenten analog dem Konzept Lerninsel in der Pflege	Med. Q, Therapiedienste	abgeschlossen
"Unsere Werte"	Identifizierung von 3 Entwicklungsfeldern je Abteilung, konkrete Massnahme definieren	Med. Q, Therapiedienste	abgeschlossen
Dysphagie- Abklärung	Auswertung aktueller Studien und allfällige Anpassung des Prozedere	Med. Q, Logopädie	
Einführung des Schluck-screenings bei OIB-Pat. nach Intubation >48 h	Standardisierung und Optimierung der logopädischen Diagnostik bei phoniatriischen Patienten	Med. Q, Logopädie	
Zweitätiges Dysphagie-Seminar	Fortbildung/Fach Austausch im 2-Jahres-Rhythmus. Renommierete Referenten aus USA/NZ, TeilnehmerInnen aus CH/D/AU. 50 Jahre Jubiläum des Instituts für Logopädie mit Referat von Dr. M.-L. Huckabee (Logopädin/NZ), anschl. Apéro mit int./ext. Gästen	Med. Q, Logopädie	abgeschlossen
Patientenbroschüre	Informationsbroschüre für Patienten mit Thema Gelenkschutz ist als Unterstützung für das Heimprogramm und für besseres Verständnis der Patienten erstellt worden	Med. Q, Ergotherapie	abgeschlossen
systematische Erfassung von Behandlungsverlauf; Journals of Hand Therapy	Bei Metacarpale-Frakturen wird mit vorgegebenem Raster der Verlauf systematisch erfasst, um die Behandlungs-Qualität zu überprüfen. Ergebnisse der Auswertung fehlen noch. Ziel: internationaler Standard bei Patienten in der Handrehabilitation zu halten.	Med. Q, Ergotherapie	laufend
Behandlungskonzept	Behandlungsrichtlinien der häufigsten Diagnose werden standardisiert um Abläufe auf allen Stationen zu erleichtern	Med. Q, Physiotherapie	laufend
Patientenbroschüre	Broschüre mit Beckenbodenübungen für Frauen erarbeitet	Med. Q, Physiotherapie	abgeschlossen
Behandlungsstandards	Evidenzbasierte Behandlungsstandards für Stroke und pulmonale Erkrankungen wurden aufgestellt um Abläufe auf den Stationen zu vereinheitlichen und zu begründen.	Med. Q, Physiotherapie	abgeschlossen
Heimprogrammordner	Erweiterung Heimprogrammordners mit neuen Übungen (Fotos und Text). Welche den Patienten abgegeben werden können zur Verdeutlichung (vor allem nützlich bei Abklärungen).	Med. Q, Physiotherapie	abgeschlossen
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	Med. Q, Radiologie & Nuklearmedizin	in Arbeit
Geschäftsbericht / Management Summary Radiologie und Nuklearmedizin	Systematische und regelmässige Darstellung der wesentlichen steuerungsrelevanten Kennzahlen (Leistungen, Erträge, Kosten) des Departements.	Med. Q, 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.	Med. Q, Radiologie & Nuklearmedizin	teilweise abgeschlossen
Filmloses Spital / PACS-Einführung	Umstellung der radiologischen Bildgebung auf digitale Medien. Dadurch Optimierung der Verfügbarkeit und Darstellung der Bilder im gesamten Spital. Kostenoptimierung durch Verzicht auf physische Archivierung.	Med. Q, Radiologie & Nuklearmedizin	abgeschlossen
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.	Med. Q, Radiologie & Nuklearmedizin	teilweise abgeschlossen
Fusion Radiologie und Nuklearmedizin	Die Fusion von Radiologie und Nuklearmedizin hat das Ziel, die Expertise in den Hybridtechniken zu verbessern und den Zuweisern hochqualifizierte Leistungen und einen	Med. Q, Radiologie & Nuklearmedizin	teilweise abgeschlossen

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
	optimierten Methodeneinsatz aus einer Hand anbieten zu können.		
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	Med. Q, Radiologie & Nuklearmedizin	Workshops im 2010 gestartet, Fortsetzung im 2011
Weiterbildungsanerkennung FMH	Volle Weiterbildungsanerkennung des Instituts sichert Interesse von Assistenzärzten an der Radioonkologie	Med. Q, Radio-Onkologie	abgeschlossen
Erstellung klinikinterner Leitlinien	Leitlinien verbessern die Qualität der Therapie	Med. Q, Radio-Onkologie	laufender Prozess
Arbeitssicherheit	Aufnahme von Aspekten der Arbeitssicherheit in das Qualitätsmanagementsystem	Med. Q, Spitalpharmazie	abgeschlossen
Product Quality Review PQR	Einführung eines Periodischen Produktreviews als Element eines Pharmazeutischen Qualitätssystems nach ICH Q10	Med. Q, Spitalpharmazie	abgeschlossen
Qualitätsrisikomanagement	Systematische Herangehensweise für die Bewertung, Kontrolle, Kommunikation und Überprüfung von Risiken bezüglich der Qualität von Arzneimitteln der Eigenherstellung	Med. Q, Spitalpharmazie	abgeschlossen
Validierung Lagerung Zyto-Anbrüche	Implementierung der Lagerung von Zyto-Anbrüchen nach validiertem Verfahren	Med. Q, Spitalpharmazie	abgeschlossen
Kundenbefragung	Beurteilung der Leistungen und deren Wichtigkeit seitens der Kunden	Med. Q, Spitalpharmazie	abgeschlossen
Basler Demenz-Delir-Programm	Einführung eines systematischen Demenz-Delirmanagements am USB, bestehend aus Prävention, Früherkennung und Frühbehandlung akuter Verwirrheitszustände (Delirien). Hauptrisikogruppen sind Menschen im höheren Alter und Menschen mit einer dementiellen Entwicklung. Auf 4 medizinischen Stationen wird im Rahmen des Forschungsprojektes DemDel die Wirksamkeit des Programms für die Patienten untersucht.	Ressort Entwicklung Gesundheitsberufe	laufend
Altersfrakturzentrum	Optimierung der Behandlung von Betagten mit Hüftfrakturen durch Behandlungspfad und systematische Assessments / Behandlung in den Bereichen Osteoporose, Sturz, Delir, Malnutrition	Ressort Entwicklung Gesundheitsberufe	laufend
Leitlinie Dekubitusprophylaxe	Risiken zur Dekubitusentstehung sind bei Patienten und Patientinnen systematisch erfasst und Interventionen gemäss Leitfaden eingesetzt. Die Ergebnisse der Prävalenzerhebung sind mit den beteiligten Stationen diskutiert und entsprechende Interventionen eingeleitet.	Ressort Entwicklung Gesundheitsberufe	laufend
Pflege geleitetes Programm zur Erfassung und Therapie eines malnutritions Risiko oder Malnutrition	Malnutrition oder das Risiko dazu ist bei Patienten und Patientinnen systematisch erfasst und Interventionen eingeleitet. Systemerhaltung im Bereich Medizin. Schulungsangebote für's ganze USB.	Ressort Entwicklung Gesundheitsberufe	laufend
Leitlinie Freiheitsbeschränkende Massnahmen	Der Einsatz physischer freiheitsbeschränkender Massnahmen (Fixierung von Patienten) ist auf ein Minimum reduziert. Wenn Fixierungen unvermeidlich sind, erfolgt ihr Einsatz auf Basis eines Handlungsleitfadens. Die Sicherheit fixierter Patienten ist gewährleistet. Die Pflegefachpersonen sind geschult und in der Praxis systematisch unterstützt.	Ressort Entwicklung Gesundheitsberufe	laufend
Riskmanagement	Erarbeitung eines Risikomanagementprozess im Bereich „Personal&Betrieb“ (P&B) auf der Basis eines eigens dafür entwickelten, methodischen Konzepts. – Erarbeitung einer Risikoanalyse pro Abteilung. – Test der gewählten Methode, insbesondere der Technik und der geschaffenen Hilfsmittel. – Gewinnen von Erkenntnissen für die spätere Anwendung in anderen Bereichen des Universitätsspitals Basel (USB).	Bereich Personal&Betrieb	Laufend
Patientenorientierte Supportleistungen	Neugestaltung des Angebotes sowie die Steigerung der Servicequalität. Dabei verfolgt das USB die Strategie „Differenzierung“: Die Supportleistungen werden nach definierten Patientenkategorien – entsprechend deren Bedürfnissen und Anliegen – spezifisch festgelegt und spitalweit	Bereich Personal&Betrieb	laufend; das 1. Handlungsfeld ist in Bearbeitung

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
	umgesetzt. Für die patientenorientierten Dienstleistungen werden spitalweite Qualitäts- und Servicestandards festgelegt. Die Tätigkeiten werden künftig von denjenigen Mitarbeitenden ausgeübt, die aufgrund ihrer fachlichen und persönlichen Fähigkeiten hierzu am besten geeignet sind.		
Einführung einer mediterranen Vollkost	Das Projekt hat folgende Punkte bearbeitet: - Eignet sich eine mediterrane Vollkost für die Spitalernährung? - Können verschiedene Diäten in einer einzigen mediterranen Kost abgebildet werden? - Die Richtlinien für eine mediterrane Vollkost sind erarbeitet. - Das neue Angebot wurde mit der Linea mediterranea USB ausgerollt.	Bereich Personal&Betrieb	abgeschlossen
Einführung und Rollout auf allen Bettenstationen eines neuen Patientenfeedbackfly ers. Einladung Ihre Meinung zu sagen.	Allen Patienten, Besuchern, Angehörigen die Möglichkeit bieten, spontane Rückmeldung/Kritik/Lob/Anregung mitzuteilen. Auslegung in den stationären und ambulanten Bereichen sowie bei allen Haupteingängen.	Ressort Med. Prozesse & Qualität RMPQ), Qualitätsmanagement (QM)	abgeschlossen 2010
Erfolgreicher Umgang mit Reklamationen am USB	Kurz gefasstes Hilfsinstrument für den Praxisalltag zum Umgang mit Beschwerden erstellen und auf die Intranet-Seite des Qualitätsmanagements stellen.	RMPQ, QM	abgeschlossen 2010
Homepage Intranet	Entwicklung und Gestaltung der INTRANET-Seite des Qualitätsmanagements mit klar definierten Rubriken. Informationsplattform für Dritte.	RMPQ, QM	abgeschlossen (März 2011)
PPB18	Mit dem permanenten Patientenfragebogen wird das USB als erstes schweizerisches Spital auch die Beurteilung der Spitalbehandlung aus Patientensicht veröffentlichen. Damit wird erstmals die patientenseitige Einschätzung der Behandlungsqualität für wichtige Patientengruppen dargestellt (so genannte „Kundensicht“). Im Laufe des Jahres 2010 wird eine permanente Patientenbefragung entwickelt und umgesetzt: Alle stationären Patientinnen und Patienten erhalten einen Bewertungsbogen, der beim Einlesen ins System anonymisiert wird. Nach einem Verfahren, das die Zustimmung des Datenschutzbeauftragten des Kantons Basel-Stadt erhalten hat, kann damit erstmals die Bewertung des Spitalaufenthaltes für definierte Patientengruppen ausgewiesen werden. Der bekannte Kurzfragebogen des Picker-Instituts wird in Zusammenarbeit mit dem Picker-Institut und dem Institut für Soziologie der Universität Basel um zwei umfassende Bewertungsfragen erweitert.	RMPQ, QM	abgeschlossen (März 2011)
Minimalstandard Austrittsgespräch (Arzt/Patient)	Hilfsinstrument/Checkliste für Austrittsgespräch zwischen Arzt mit Patient erstellen.	RMPQ, QM	abgeschlossen (Mitte 2010)

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Projekttitel	...	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Implementierung eines 2009 revidierten Visitenstandards in der gesamten Inneren Medizin	
Beschreibung	Hintergrund Eine auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtete Behandlungsqualität bedarf, neben einer evidenten medizinischen Behandlung, einer verständlichen und strukturierten Kommunikation sowie der Abstimmung von Patientenerwartungen und -bedürfnissen auf die therapeutisch sinnvollen Möglichkeiten. Dies erfordert neben der fachlichen Kompetenz eine hohe Sozialkompetenz aller beteiligten Fachkräfte. Insbesondere gilt dies für das Visitingespräch während des Klinikaufenthaltes. Hier entwickelt und festigt sich das Vertrauen zum behandelnden Arzt nur dann, wenn Ängste und Fragen kommuniziert und Patienten das Gefühl von Respekt und individueller Betreuung vermittelt werden. Das Gelingen der Visite im Routinealltag des Krankenhauses ist davon abhängig, wie organisatorische Absprachen zwischen Ärzten und Pflegenden getroffen werden, wie gut Behandlungs- und Pflegepläne aufeinander abgestimmt sind und wie die Zusammenarbeit mit dem Patienten gestaltet wird. Die Ergebnisse verschiedener Befragungen belegen, dass die Patienten mit der gängigen Informations- und Kommunikationspraxis unzufrieden sind. Ärzte und Pflegenden bemängeln die Zusammenarbeit. Dies führt zur Überarbeitung des ‚Visitenstandards‘. Zielsetzung der Implementierung Der Visitenstandard wird auf allen Stationen von Ärzten und Pflegenden umgesetzt.	
Projektablauf / Methodik	Die Projektleiterin und das Projektteam haben neben dem Projekt die Schulungen für alle Ärzte und Pflegenden aufgebaut und durchgeführt; Drehbücher geschrieben, Filme erstellt, ein Referat von wurde filmisch festgehalten. Dazu wurde ein klassisches Beispiel (Szene) aus der Praxis gefilmt. Von allen Sequenzen wurde eine e-Learn-CD erstellt, welche neue Mitarbeiterinnen obligatorisch durcharbeiten müssen. Ein Chefarzt und Pflegeexpertinnen übernehmen einerseits das Coaching, andererseits sind sie an Visiten dabei und werten den Erfolg aus. Die Einhaltung des Visitenstandards wird in seiner Einführungsphase und danach in Abständen von ca. einem halben Jahr mit Hilfe einer „Checkliste“ durch interne und externe Beobachter überprüft und systematisch ausgewertet. Schulung aller Pflegenden der Inneren Medizin in einem halbtägigen Workshop (Sept 2010) Einweisung neuer Ärzte in den veränderten Visitenablauf – Supervision durch die Psychosomatik (Oktober 2010)	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☒ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Innere Medizin, alle Stationen ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? 	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte und Pflegefachpersonen	
Projektevaluation / Konsequenzen	Projektevaluation bei Ärzten und Pflegenden: Begleitung (Datenerhebung durch Beobachter, Tonbandaufnahmen bei Einwilligung der Patienten) Supervision Konsequenzen: Überleitung des Projektes in ein Systemerhaltungskonzept durch Beteiligung der Prozessverantwortlichen (2011)	
Weiterführende Unterlagen	Weber H., Langwitz W.: Basler Visitenstandard – Chance für eine gelingende Interaktionstriade Patient-Arzt-Pflegefachperson. Psychother Psych Med 2011; 61: 193-195.	

Das Qualitätsmanagement verfolgt zwei wichtige strategische Ziele mit seiner Datenpräsentation, die Förderung der **Binnen- und 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 wurde. Die Förderung der **Aussenwahrnehmung** durch die Öffentlichkeit (durch Laien, potenzielle Patientinnen und 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 Krankenhauslandschaft machen es erforderlich, dass die Spitalführung Qualität und Wirtschaftlichkeit gut im Auge behält, wenn das Spital im Wettbewerb bestehen soll. Zu den wichtigen Monitoringdaten 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 von Patientinnen und Patienten. Sie können – ebenfalls systematisch ausgewertet – zum Ausbau von Stärken motivieren.

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HOPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualittsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Handbuch H+qualität® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Q**ualittsmonitoring **B**asel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualität® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualit dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch <http://www.anq.ch>