

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

27. Mai 2019
Peter Eichenberger, Direktor

Version 3



Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2018.

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

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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Frau Dr. phil.
Gabriele Hlavacek
Leiterin Qualitätsmanagement
061 685 86 81
gabriele.hlavacek@claraspital.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualittsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalittskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitler testeten das Interventionsbndel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

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

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. [Anhang 1](#)) hnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	9
3 Qualitätsstrategie	10
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	12
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	13
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	14
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	15
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	21
4.5 Registerübersicht	22
4.6 Zertifizierungsübersicht	23
QUALITÄTSMESSUNGEN	24
Befragungen	25
5 Patientenzufriedenheit	25
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	25
5.2 Eigene Befragung	27
5.2.1 Mecon-Befragung	27
5.3 Beschwerdemanagement	28
6 Angehörigenzufriedenheit	29
6.1 Eigene Befragung	29
6.1.1 Feedback von Angehörigen	29
7 Mitarbeiterzufriedenheit	30
7.1 Eigene Befragung	30
7.1.1 Mitarbeiterbefragung	30
8 Zuweiserzufriedenheit	31
8.1 Eigene Befragung	31
8.1.1 Zuweiserbefragung	31
Behandlungsqualität	32
9 Wiedereintritte	32
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	32
9.2 Eigene Messung	33
9.2.1 Wiedereintritte innert 30 Tagen	33
10 Operationen	34
10.1 Eigene Messung	34
10.1.1 Komplikationsstatistik	34
11 Infektionen	35
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	35
12 Stürze	37
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	37
12.2 Eigene Messung	38
12.2.1 Sturzrate	38
13 Wundliegen	39
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	39

13.2	Eigene Messungen	40
13.2.1	Dekubituserfassung	40
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15	Psychische Symptombelastung Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17	Weitere Qualitätsmessungen Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
18	Projekte im Detail	41
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	41
18.1.1	Sensibilisierungskampagne Unternehmenskultur	41
18.1.2	Prozessoptimierung Bettenstationen	41
18.1.3	Aufbau Prostatazentrum	42
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	43
18.2.1	Aufbau Clarunis.....	43
18.2.2	Patientensicherheit - Richtprozess.....	43
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	44
18.3.1	Zertifizierung Prostatazentrum nach DKG	44
18.3.2	Aufrechterhaltung der Zertifizierungen	44
19	Schlusswort und Ausblick	45
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	46
	Akutsomatik	46
	Herausgeber	48

1 Einleitung

Das Claraspital ist ein privat geführtes Akutspital mit Chefarztsystem und konnte im Februar 2018 sein 90-jähriges Bestehen feiern. Seit der Gründung obliegt die Trägerschaft des Claraspitals der Kongregation der barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz in Ingenbohl.

Das Claraspital steht allen Patienten offen und bekennt sich zu den christlichen Werten seiner [Trägerschaft](#).

Das Spital zeichnet sich durch seine medizinische Kompetenz und hervorragende Betreuung aus. Schwerpunkte sind: das Bauch- und Tumorzentrum sowie die Spezialitäten Allgemeine Innere Medizin/Endokrinologie, Kardiologie, Pneumologie und Thoraxchirurgie, Urologie und Gynäkologie/Gynäkologische Onkologie.

Als Akutspital leistet das Claraspital zudem eine erweiterte Grundversorgung mit einem 24-Stunden-Notfall.

2018 sprach eine universitäre Kommission die Empfehlung aus, dass das Claraspital und das Universitätsspital Basel eine Zusammenarbeit in der Bauchchirurgie prüfen sollen. Daraus ist in enger Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Basel das gemeinsame Universitäre Bauchzentrum Clarunis mit den Disziplinen Viszeralchirurgie und Gastroenterologie entstanden. Mit dieser Kooperation tragen beide Spitäler zum Erhalt der hochspezialisierten Medizin in der Region Basel bei und schaffen neue Möglichkeiten für die Forschung.

Clarunis hat im Januar 2019 den Betrieb aufgenommen und ist an den Standorten Claraspital und Universitätsspital Basel vertreten.

Wie schon in den Vorjahren hat das Claraspital 2018 wieder die Anforderungen der Mindestfallzahlen für die hochspezialisierte Medizin für alle fünf HSM-Eingriffe (Bariatric, Ösophagus, Pankreas, Leber und Rektum) erreicht.

Zudem wurde 2018 das Viszeralonkologische Zentrum mit den Bereichen Darm- und Pankreas erneut erfolgreich durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) auditiert.

Das Claraspital trägt den Titel eines „Universitären Lehr- und Forschungsspital der Universität Basel“ und setzt sein jahrelanges Engagement in der Ausbildung von Assistenzärzten und -ärztinnen fort. Die Abteilung Forschung und klinisches Datenmanagement wurde in die St. Clara Forschung AG überführt, um die nachhaltige und patientenbezogene Forschung in den drei Schwerpunkten Onkologie/Hämatologie, Metabolik und chirurgisch-technische Forschung weiter zu vertiefen.

Weiterhin ist das Claraspital ein Referenzzentrum für Adipositas sowie der roboter-assistierte Viszeralchirurgie und war schweizweit das erste da Vinci XI® Referenzzentrum.

Das Spital pflegt eine erfolgreiche und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit seinen Zuweisern, Spezialisten, nachgelagerten Institutionen sowie mit allen seinen Kooperationspartnern auf Leistungserbringerebene. Dazu zählen ein gemeinsames Bauch- und Tumorzentrum mit dem Gesundheitszentrum Fricktal, das Bauchzentrum mit dem Hôpital du Jura oder die Zusammenarbeit mit der Clinica Luganese Moncucco. Im Bereich Onkologie findet zudem eine enge Zusammenarbeit mit der Klinik Arlesheim statt.

Seiner Strategie entsprechend erbringt das Claraspital exzellente und effiziente Leistungen im Gesundheitswesen. Unsere Patienten stehen im Zentrum unserer Bemühungen und erfahren eine qualitativ hochstehende und ganzheitliche Medizin sowie Pflege und Betreuung. In unserem Leitbild und der Qualitätspolitik ist diese Grundhaltung verankert und wird durch unsere Kulturkriterien täglich gelebt.

Zu unseren Qualitätsgrundsätzen gehören die Patientenorientierung, die Vorbildfunktion des Kaders, die Mitarbeiter- und Prozessorientierung sowie der kontinuierliche Verbesserungsprozess.

Die aus der Unternehmensplanung jährlich festgelegten quantitativen Ziele besitzen einen hohen Stellenwert. Die monatliche Kennzahlenerhebung und das Reporting haben sich als fester Bestandteil etabliert. Als Beispiel dafür ist die Patientenzufriedenheit zu nennen, deren vorgegebener Zielwert von 95% übertroffen wurde.

Die festgelegten quantitativen Ziele werden auf Bereichs-, Abteilungs- und Mitarbeiterebene heruntergebrochen. Regelmässige Überprüfungen der Ziele und daraus definierte und umgesetzte Massnahmen tragen zur kontinuierlichen Verbesserung bei.

Das Claraspital hat 2018 die Überwachungsaudits für das Gesamtsipital nach ISO 9001:2015 sowie für das Viszeralonkologische Zentrum nach DKG mit Darm- und Pankreaskrebszentrum erfolgreich absolviert.

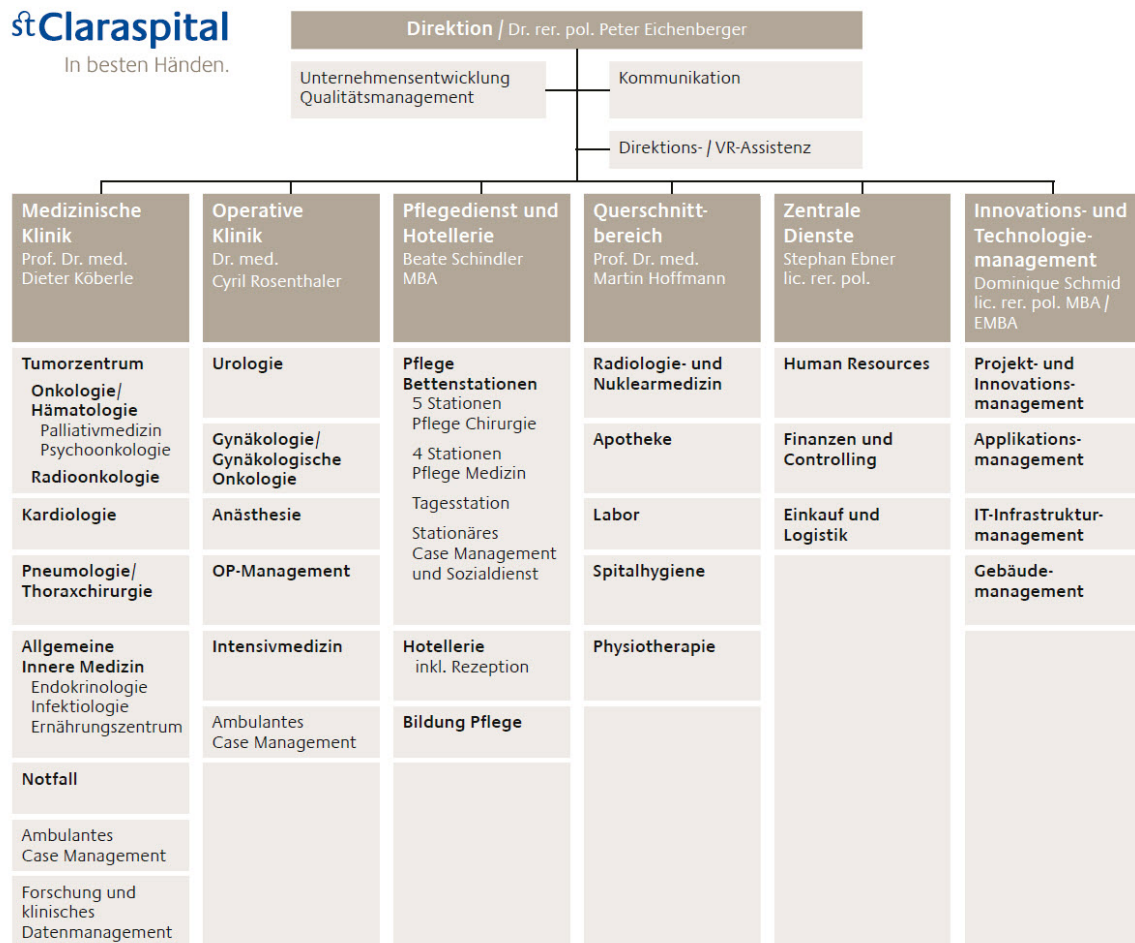
2018 wurde mit der nächsten grossen Bauetappe, der Realisierung des Ersatzneubaus Hirzbrunnen, gestartet. In diesem Neubau werden sich die Notfallstation und der Operationstrakt befinden sowie Chemotherapien verabreicht und Rehabilitationsleistungen erbracht.

Die Entwicklungen und Anforderungen im Gesundheitswesen, sei es von Bund oder Kanton, wachsen stetig. Wir stellen uns diesen Herausforderungen, damit unsere Patienten und Patientinnen weiterhin im Zentrum stehen und sich in besten Händen fühlen.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Seit 7. Januar 2019 ist Clarunis - Universitäres Bauchzentrum Basel - als gemeinsames Kompetenzzentrum des Claraspitals und Universitätsspitals Basel für Viszeralchirurgie und Gastroenterologie/Hepatology, mit zwei Standorten erfolgreich gestartet.

Aufgrund dieser Kooperation wurde das Organigramm des Claraspitals entsprechend angepasst.

Das Qualitätsmanagement wird als Stabstelle Unternehmensentwicklung & Qualitätsmanagement geführt und ist direkt dem Direktor unterstellt.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **260** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. rer. pol. Peter Eichenberger
Direktor
061 685 86 75
peter.eichenberger@claraspital.ch

Frau Dr. phil. Gabriele Hlavacek
Leiterin Qualitätsmanagement
061 685 86 81
gabriele.hlavacek@claraspital.ch

3 Qualitätsstrategie

Die Qualitätsstrategie wird vom Verwaltungsrat und der Geschäftsleitung jährlich geprüft.

Planmässig wurde im 1. Quartal 2018 die Strategie 2020 der St. Clara Gruppe überprüft und analysiert. Diese basiert auf der Eignerstrategie des Instituts Ingenbohl. Die Strategie der St. Clara Gruppe erstreckt sich über den Zeitraum 2018-2023.

Die St. Clara AG ist eine gemeinnützige privat geführte Spitalbetreiberin und bekennt sich zu den christliche Werten, die durch die Trägerschaft des Instituts Ingenbohl vertreten werden. Wichtige Grundpfeiler dieser Werte sind die Förderung der Menschenwürde, der menschlichen Solidarität sowie der Freiheit.

Eckpunkte der Strategie sind:

- Das Claraspital bietet eine exzellente Gesundheitsversorgung in den Schwerpunkten (Bauch und Tumor), in den Spezialitäten (Allg. Innere Medizin,/Endokrinologie, Urologie, Kardiologie, Pneumologie und Gynäkologie/gynäkologisches Onkologie sowie in den Querschnittsfunktionen. Das Claraspital betreibt eine Notfallstation, die gezielt ausgebaut und weiter professionalisiert wird.
- Das Claraspital hat den Anspruch in seinen Schwerpunkten führend zu sein und stellt einen unverzichtbaren Teil in der Gesundheitsversorgung der Nordwestschweiz dar. Zudem strebt das Claraspital die erforderlichen Zertifizierungen und ein kontinuierliches Wachstum an sowie die Zulassung sämtlicher Eingriffe der hochspezialisierten Medizin.
- Das Spital wird im Chefarztsystem geführt und steht für Patienten aller Versicherungsklassen offen.
- Das Claraspital vertieft, pflegt und baut die Zusammenarbeit mit seinen Zuweisern und Kooperationspartnern weiter aus.
- Das Claraspital geniesst dank hochstehender medizinischen und pflegerischen Qualität einen sehr guten Ruf und möchte diesen mit ausgebauten Qualitätsmessungen und Kommunikation in Zukunft weiter festigen.
- Das Claraspital nimmt seine universitäre und ausseruniversitäre Ausbildungs- und Weiterbildungsfunktion wahr.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

- Überwachungsaudit Gesamspital ISO 9001:2015
- Überwachungsaudit Viszeralonkologisches Zentrum mit Darmkrebs- und Pankreaskarzinomzentrum nach DKG
- Aufbau der Organzentren Prostata- und Ösophaguszentrum nach DKG
- Implementierung der Compliance-Politik
- Durchführung einer Patientenbefragung
- Patientensicherheit - Sichere Medikation/Richtprozess auf den Stationen

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

- Erfolgreiches zweites Überwachungsaudit Gesamtspital ISO 9001:2015
- Erfolgreiches zweites Überwachungsaudit Viszeralonkologisches Zentrum mit Darmkrebs- und Pankreaskarzinomzentrum nach DKG
- Durchführung einer anonymen Patientenbefragung
- Aufbau der beiden Organzentren Prostata- und Ösophagus für die Zertifizierung nach DKG im Jahr 2019
- Das Thema Compliance wurde in Mitarbeiter-Schulungen und als Bewertungskriterium im Mitarbeitergespräch verankert
- Patientensicherheit: Der Bestell- und Richtprozess von oralen Medikamenten erfolgt nun durch Pharmaassistentinnen direkt auf den Bettenstationen

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Aufrechterhaltung der Zertifizierung als Viszeralonkologisches Zentrum
- Weitere Organzentrenzertifizierungen (Prostata-/Ösophagus-/ Brustzentrum)
- Aufrechterhaltung der ISO 9001:2015 Zertifizierung in der Hotellerie
- Prozessoptimierungen bzw. Neugestaltung von Prozessen und Prozessaudits
- Weiterentwicklung von wichtigen Kooperationen auf Leistungserbringerseite
- Stärkung des Leistungsangebotes
- Umsetzung des Masterplans: Um- und Neubau
- Umsetzung von Vorgaben seitens Bund und Kanton
- Nachweise der geforderten Qualitätsindikatoren erbringen

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:

- Kantonales Schwerpunktthema: „Interprofessionelle Zusammenarbeit“

Bemerkungen

Als kantonales Schwerpunktthema 2018/2019 wurde vom Kanton Basel-Stadt das Thema Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) vorgegeben.

Das Claraspital hat im Rahmen eines Grossprojekts auf Spitalebene "Reibungsverluste minimieren" ein interdisziplinäres Projekt auf Stationsebene definiert - Prozessoptimierung auf Bettenstationen. In diesem Projekt konnten fünf Handlungsfelder definiert werden und eines davon, der "Interdisziplinäre Informationsfluss" wurde als kantonales Schwerpunktthema ausgewählt. Zielsetzung dieses Teilprojektes ist es, dass die relevanten Informationen korrekt vorliegen und nachweislich zum richtigen Zeitpunkt an den richtigen Ort fliessen, ohne dass Rückfragen erforderlich sind.

Dazu werden im Rahmen des Projektes alle zugehörigen Verschwendungen/Inhalte im interdisziplinären Umfeld erhoben, analysiert und potentielle Lösungen entwickelt.

Der Kanton führt vor dem Start und dem Ende des Projektes jeweils eine Befragung bei den Projektbeteiligten durch.

Den Abschluss findet das Schwerpunktthema im 4. Quartal 2019 am kantonalen Tag der Qualität 2019, an dem die Spitäler ihre Projekte präsentieren sollen.

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Mecon-Befragung
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
▪ Feedback von Angehörigen
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
▪ Wiedereintritte innert 30 Tagen
<i>Operationen</i>
▪ Komplikationsstatistik
<i>Stürze</i>
▪ Sturzrate
<i>Wundliegen</i>
▪ Dekubitus Erfassung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Zertifizierung nach ISO 9001:2015

Ziel	Zertifizierung des Gesamtsitals nach ISO Norm
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016-2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Evaluation Aktivität / Projekt	Das zweite ISO-Überwachungsaudit wurde 2018 erfolgreich und ohne Auflagen absolviert.

Zentren-Zertifizierung nach der Deutschen Krebsgesellschaft DKG

Ziel	Viszeralonkologisches Zentrum mit einem Darmkrebs- und Pankreaskarzinomzentrum nach DKG
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizinische und Chirurgische Klinik, Querschnittsbereiche, Pflege, QM
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016-2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Zertifizierte Behandlung von Tumoren
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Das zweite DKG-Überwachungsaudit wurde ohne Auflagen erfolgreich absolviert.

Vorbereitung Zertifizierung Prostatazentrum

Ziel	Zertifiziertes Prostatazentrum nach DKG
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizinische und Chirurgische Klinik, Querschnittsbereiche, Pflege, QM
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017-2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung für 2019 geplant

Projektportfolio-Management

Ziel	Optimierung der Projektorganisation
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Geschäftsleitung
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017-2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Optimierung der Gesamtorganisation zu den strategischen, bereichsübergreifenden und -spezifischen Projekten
Involvierte Berufsgruppen	Direktion, Ärzte, Pflege, Administration, Querschnittbereiche, IT, QM

Patientensicherheit

Ziel	Weiterentwicklung und Förderung der Sicherheitskultur sowie der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2010
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Optimierung der Patienten- und Medikamentensicherheit im Haus
Methodik	Anhand von gezielten Patientensicherheitsprojekten wird das Thema jährlich weiterverfolgt
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinäres Projektteam
Evaluation Aktivität / Projekt	Der Schwerpunkt liegt im Bereich Arzneimittelsicherheit sowie der Sicherheit in Prozessen der Patientenidentifikation und Patientenbehandlung. Das Projekt Sichere Medikation/Richtprozess wurde auf den Stationen erfolgreich umgesetzt.
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie Sichere Medikation, Konzept Medikamenten- und Patientensicherheit im Claraspital

CIRS - Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Ziel	Weiterentwicklung des Umgangs mit kritischen Zwischenfällen und des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2007
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Vermeidung von patientenbezogenen Zwischenfällen
Methodik	Erfassung kritischer Zwischenfälle, Bearbeitung durch CIRS-Kommission - Definieren von Verbesserungsmassnahmen
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	CIRS-Fälle werden anonymisiert für die Mitarbeitenden als Lerneffekt im Spital veröffentlicht. In der Patientensicherheits- und Qualitätskommission werden CIRS Meldungen thematisiert und je nach Bedarf Projekte initiiert.
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie zum Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Datenschutz

Ziel	Einhaltung des Datenschutzes im Haus
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Sensibilisierung zum Umgang mit besonders schützenswerten Daten
Methodik	Überprüfungen zur Einhaltung des Datenschutzes in verschiedenen Bereichen
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	2018 wurde ein externes Datenschutz-Audit durchgeführt und es wurde gesamthaft ein guter Datenschutzstandard bestätigt. Empfehlungen für weitere Verbesserungen/ Weiterentwicklung wurden aufgezeigt.
Weiterführende Unterlagen	Gesetzliche Vorgaben, interner Datenschutzleitfaden

Zuweisermanagement

Ziel	Zufriedenheit unserer Zuweiser
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Zuweisergewinnung und -bindung
Methodik	Fortbildungen und Veranstaltungen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Direktion, Kommunikation und Zuweiser
Evaluation Aktivität / Projekt	Fortbildungen und Veranstaltungen, Befragungen
Weiterführende Unterlagen	Zuweisermanagement Bericht 2018

Patientenzufriedenheit - interne Patientenrückmeldungen

Ziel	Die Anliegen unserer Patienten kennen und Massnahmen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einfließen lassen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2002
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Erhöhung der Patientenzufriedenheit
Methodik	Erfassung und Auswertung eingegangener Patientenrückmeldungen aus dem ambulanten und stationären Bereich
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Die individuellen Rückmeldungen zeigen Verbesserungs- und Optimierungsmöglichkeiten auf, die nach Abklärungen entsprechend umgesetzt werden können.
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie Umgang mit Wünschen und Beschwerden, Richtlinie Patientenzufriedenheit

Händehygiene compliance

Ziel	Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Erhöhung der Patientensicherheit
Methodik	Erfassung der Händehygiene
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Evaluation erfolgt durch die Verbrauchsmessung der Händedesinfektionsmittel und über Begehungen.
Weiterführende Unterlagen	Hygienerichtlinien

Erfassung des Ernährungsstatus

Ziel	Erfassung und Behandlung von Mangelernährung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2007
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Nutritionscore wird bei stationären Patienten erfasst
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	monatliches Monitoring der Erfassung
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie Klinische Ernährung

Kennzahlenreporting

Ziel	Monitoring der spitalinternen Kennzahlen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2010
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Überprüfung der Sollvorgaben
Methodik	Erfassung der monatlichen Kennzahlen aus den Abteilungen und Berichterstellung zH. der Geschäftsleitung und Abteilungsleitungen
Involvierte Berufsgruppen	Alle

Verbesserungs- und Vorschlagwesen

Ziel	Erkennen und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2008
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Kontinuierliche Verbesserung
Methodik	Erfassen der Meldungen, Abklärung von Verbesserungsmöglichkeiten, Umsetzung
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluation über jährliches Managementreview
Weiterführende Unterlagen	Prozess Verbesserungsmanagement

Schulungen/Weiterbildungen

Ziel	Förderung der Mitarbeitenden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die Weiterbildung/Schulung unserer Mitarbeitenden ist uns sehr wichtig. Es besteht ein breites Angebot, inkl. Pflichtschulungen.
Involvierte Berufsgruppen	Alle

Interne Audits

Ziel	Verbesserung der Prozesse und Einhaltung von internen und externen Vorgaben
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtspital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2015
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Begehungen und Interviews
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Erstellung eines Auditberichts und Massnahmenpläne. Evaluation über Managementreview.
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie Auditmanagement

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2007 ein CIRS eingeführt.

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

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

Bemerkungen

Alle CIRS-Meldungen werden in der CIRS-Kommission bearbeitet, bei Bedarf weiter abgeklärt und wenn nötig Massnahmen initiiert.

In den Qualitätskommissionssitzungen wird regelmässig zum CIRS berichtet.

Die vom CIRS-Team eingeleiteten Massnahmen werden via internes Verbesserungssystem weitergeleitet und somit zur Umsetzung gebracht.

In unserem Intranet können die Mitarbeitenden anonymisierte CIRS-Meldungen inkl. Massnahmen nachlesen.

4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA MONITORING DER ANÄSTHESIEQUALITÄT IN DER SCHWEIZ	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation sgar-ssar.ch/a-qua/	seit Beginn der Erhebung
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2011
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	Viszeralchirurgie seit 2010, HSM A: seit 2011
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	wird gemeldet
MDSI Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2006
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	seit August 2016
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	Universität Zürich http://ibdcohort.ch/	seit Beginn der Erhebung
SIOLD SIOLD Swiss registries for	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch	2003

Interstitial and Orphan Lung Diseases			
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2011
Swiss PH Registry Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch	2002
SwissNET Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET swissnet.net	Meldung NET seit 2014
KRBB Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft	Alle	www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/krebsregister-beider-basel/	1969

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2015	Gesamtspital	2016	2016	Erst-Zertifizierung nach ISO Norm, davor zertifiziert nach sanaCERT von 2004-2015
Viszeralonkologisches Zentrum nach DKG (Darm- und Pankreaszentrum)	Chirurgie und Medizin, Querschnittsbereiche, Pflege, QM	2016	2016	Erst- Zertifizierung Viszeralonkologisches Zentrum
QUALAB	Labor	2014	2018	4x jährlich

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
St. Claraspital		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.41	4.48 (4.40 - 4.56)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.67	4.74 (4.65 - 4.82)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.72	4.68 (4.60 - 4.75)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.61	4.66 (4.56 - 4.77)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.21	4.25 (4.15 - 4.35)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.20	93.90 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		563
Anzahl eingetreffener Fragebogen	333	Rücklauf in Prozent 59 %

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

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

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Auswertung weist zu den Vergleichsspitälern sowie zu der entsprechenden BfS-Kategorie ein sehr gutes Ergebnis aus und zeigt auch gegenüber den Vorjahreswerten eine Steigerung.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Mecon-Befragung

Seit 2012 führt das Claraspital eine permanente Patientenbefragung mit der Firma Mecon durch. Dabei werden jährlich 1800 stationäre Patienten mittels einem validierten Fragebogen zu ihrer Zufriedenheit befragt.

Zusammen mit den Ergebnissen aus der nationalen ANQ Patientenzufriedenheitserhebung und unserem internen Fragebogen "Ihre Meinung zählt" können wir daraus einen Gesamteindruck zur Patientenzufriedenheit im Claraspital erhalten.

Der Fragebogen von Mecon umfasst 32 Fragen und ist in 15 Kriterien gegliedert. Diese werden in 5 Bereiche eingeteilt: Ärzte, Pflege, Organisation, Hotellerie (Essen und Wohnen) und Öffentliche Infrastruktur.

Die Berechnung der Zufriedenheit erfolgt unter Verwendung von Gewichtungsfaktoren, die von Patienten selbst ausgearbeitet wurden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Die Patientenbefragung wird in allen Abteilungen durchgeführt.

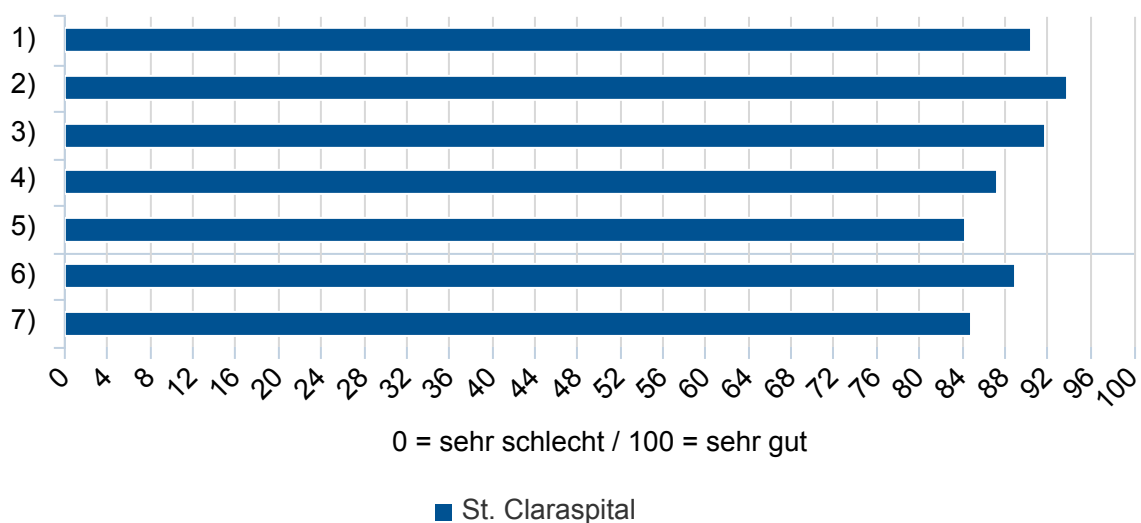
Monatlich werden jeweils 163 stationäre Patienten angeschrieben, ausser im Monat September, da in diesem Zeitraum die Nationale Patientenbefragung ANQ durchgeführt wird.

Die schriftliche Befragung erfolgt kurz nach dem Austritt. Ausgeschlossen aus der Erfassung sind Kinder. Mehrfachhospitalisierte Patienten werden nur einmal im Jahr befragt.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtzufriedenheit
- 2) Ärzte
- 3) Pflege
- 4) Organisation
- 5) Essen
- 6) Wohnen
- 7) Öffentliche Infrastruktur



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
St. Claraspital	90.50	93.90	91.70	87.20	84.30

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
St. Claraspital	89.00	84.80	944	53.40 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Gesamtzufriedenheit befindet sich seit Jahren auf hohem Niveau und konnte sich 2018 gegenüber dem Vorjahr nochmals steigern.

Betrachtet man die Weiterempfehlungsrate als Gradmesser der Zufriedenheit, so würden 91.6% der Befragten das Claraspital auf jeden Fall und weitere 6.9% sicher weiterempfehlen.

In den Bereichen Ärzte, Pflege, Organisation und Öffentliche Infrastruktur konnte gegenüber dem Vorjahr eine Verbesserung erzielt werden. Im Bereich Hotellerie, zum Thema Essen, zeigte sich gegenüber dem Vorjahr eine etwas tiefere Bewertung, die jedoch auch im Kontext mit unseren Schwerpunktpatienten zu betrachten ist.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mecon-Standardfragebogen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

St. Claraspital

Qualitätsmanagement

Dr. phil. Gabriele Hlavacek

Leiterin Qualitätsmanagement

061 685 86 81

gabriele.hlavacek@claraspital.ch

Montag bis Freitag

6 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.

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Feedback von Angehörigen

Das Claraspital führt keine gezielte Angehörigenbefragung durch. Jedoch haben Angehörige ebenso wie unsere Patienten die Möglichkeit uns über das Feedbackformular ihre Anliegen mitzuteilen. Diese Anfragen werden alle bearbeitet und beantwortet.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Gesamtes Spital

Alle Anliegen von Angehörigen, die wir über unser Feedbackformular erhalten, werden umgehend bearbeitet und beantwortet. Eine gezielte Auswertung führen wir nicht durch.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Feedbackformular

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung

Die Zufriedenheit unserer Mitarbeitenden ist uns sehr wichtig. Nur so können sie sich für die Grundsätze und Ziele des Spitals persönlich engagieren. Damit diese Ziele auch erreicht werden können, müssen die Voraussetzungen stimmen. In Ergänzungen zu den Teamsitzungen und Mitarbeitergesprächen führen wir alle vier Jahre eine Mitarbeiterbefragung durch, um mehr über die Befindlichkeiten unserer Mitarbeitenden zu erfahren.

Die für 2018 geplante Mitarbeiterbefragung wurde auf 2019 verschoben, damit in diese Befragung auch Themen aus den 2018/2019 durchgeführten Workshops zur Unternehmenskultur miteinfließen können.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2014 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2019.

Alle festangestellten Mitarbeitenden sind in diese Befragung eingeschlossen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	QM Riedo
Methode / Instrument	QM Riedo-Fragebogen

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung

Die Zufriedenheit und die gute Zusammenarbeit mit unserer Zuweisern ist uns sehr wichtig. Damit wir die Bedürfnisse, Hinweise und Anregungen unser Zuweiser erfahren, führen wir regelmässig eine Befragung durch.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2019.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	hcri-Fragebogen

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Das Claraspital verzichtet auf eine Publikation, da die Ergebnisse der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen auf der Website des ANQ (<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/>) publiziert sind.

Das Claraspital erhebt intern die Wiedereintritte innerhalb von 30 Tagen.

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

9.2 Eigene Messung

9.2.1 Wiedereintritte innert 30 Tagen

Das Claraspital führt eine interne Erhebung zu Wiedereintritten innert 30 Tagen durch. Dabei werden jene Patienten erfasst, die innerhalb dieses Zeitraums aufgrund einer Komplikation oder einer Verschlechterung der Grunderkrankung wieder ins Spital eintreten.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Die Auswertung erfolgt über die Notfalleintritte und somit sind alle Abteilungen eingeschlossen.

Es wurden alle Patienten, die innert 30 Tagen mit dem Wiedereintrittsgrund "Verschlechterung der Erkrankung" oder "Komplikation" in die Auswertung eingeschlossen.

Ausgeschlossen sind verstorbenen Patienten, elektive Eintritte und Patienten mit neuer Diagnose.

Die Wiedereintritte innert 30 Tagen liegen 2018 bei 4.6% und damit unter unserem internen Vorgabewert von < 5.0%.

Die Wiedereintrittsrate liegt auf ähnlichem Niveau wie im Vorjahr (4.8%).

Bei der Überprüfung der Wiedereintritte zeigt sich, dass es aufgrund der therapeutisch bedingten Komplikationen durch z.B. Chemotherapien zu vermehrten Wiedereintritten kommen kann, zumal diese Wiedereintritte zugunsten des Wohlbefindens der Patienten bei uns eher grosszügig gehandhabt werden. Die Wiedereintritte von Patienten mit komplexen palliativen Krankheitssituationen sind weiterhin jene Patienten, die in der Onkologie am häufigsten eine Rehospitalisation benötigen, und dies teilweise mehrfach im Monat.

Ebenso wurden viele polymorbide ältere Patienten, welche je nach Problematik sowohl kardiologische, endokrinologische, onkologische oder pneumologische Therapien benötigen, erneut wieder aufgenommen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

10 Operationen

10.1 Eigene Messung

10.1.1 Komplikationsstatistik

Im Rahmen der monatlichen Fallbesprechung der Komplikationsstatistik werden auch potentiell vermeidbare Reoperationen besprochen und analysiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Ärztlicher Bereich, Viszeralchirurgie

Die Besprechung der Komplikationsstatistik erfolgt monatlich im Rahmen der ärztlichen Konferenzen und die Daten dienen der internen Qualitätsverbesserung.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen***.

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	
▪	Blinddarm-Entfernungen
▪	*** Dickdarmoperationen (Colon)
▪	Rektumoperationen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
St. Claraspital						
Blinddarm-Entfernungen	130	4	-	-	-	3.10% (0.10% - 6.10%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	296	33	3.60%	4.50%	8.60%	10.40% (6.90% - 13.90%)
Rektumoperationen	73	18	5.20%	19.20%	11.00%	23.60% (13.90% - 33.40%)

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

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

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Das Claraspital verzichtet auf eine Publikation, da die Ergebnisse zur Prävalanzmessung Sturz auf der Website des ANQ (<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/>) publiziert sind.

Das Claraspital erhebt auch intern die monatliche Sturzrate.

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Sturzrate

Erfassung eines Sturzereignisses während des Spitalaufenthalts.

Alle Stürze werden in einem Sturzprotokoll erfasst, reflektiert, von Pflegeexperten evaluiert und bei Bedarf werden zeitnah Optimierungsmaßnahmen eingeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Erfassung der Stürze findet auf allen Bettenstationen statt.
Ausgenommen ist die Erfassung auf der Intensivstation.

Die interne Erfassung der Sturzrate auf allen Bettenstationen weist einen Sturzrate (Anzahl Stürze auf 1000 Pflegetage) von 3.4 auf 77'308 Pflegetagen (ohne Intensivmedizin) aus.
Damit liegt die Sturzrate etwas tiefer als im Vorjahr (3.5) und auch unter unserem internen Vorgabewert von <4.9.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die kontinuierliche Evaluation der Stürze und Sturzrate wird von Fachexperten durchgeführt und geeignete Massnahmen eingeführt bzw. angepasst. Jeder Sturz wird durch Fachexperten zeitnah evaluiert und die entsprechenden Massnahmen eingeleitet. Es finden Evaluationsbesprechungen nach Sturzereignissen statt, um die Mitarbeitenden auf das Thema zu sensibilisieren sowie voneinander lernen zu können. Sturzereignisse werden zudem im Rahmen des Frühreports besprochen und bei Bedarf werden die Pflegeexperten zugezogen. Regelmässig Pflegefachaudits und interne Fortbildungen zum Thema Sturzprophylaxe werden angeboten. 80% der Mitarbeitenden sind geschult.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzprotokoll
---	----------------

13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

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

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

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

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

Messergebnisse

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Die Messergebnisse zur nosokomialen Dekubitusprävalenz sind auf der ANQ-Webseite einsehbar unter: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/>

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Dekubituserfassung

Auf den Bettenstationen wird von den Pflegefachpersonen das Dekubitusrisiko bei jedem Patienten eingeschätzt und regelmässig neu beurteilt.

Jeder dekubitusgefährdeter Patient erhält eine Dekubitusprophylaxe, die eine Entstehung verhindern soll.

Mit jeder Bettenstation ist in Abhängigkeit der Fachrichtung eine stationsbezogene Kennzahl zur Dekubitusinzidenz vereinbart.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Die Erfassung findet auf den Bettenstationen statt.

Interne Auswertung zur Dekubitus-Inzidenz 2018:

Kategorie 1-4: 1.0%

Kategorie 2-4: 0.5% auf 12'337 behandelte Fälle

Die Inzidenz zeigt sich ähnlich wie im Vorjahr (0.8%/0.5%) und liegt deutlich unter unserem internen Vorgabewert von <4.0%.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Mitarbeitenden sind in Bezug auf Dekubitusprophylaxe sehr sensibilisiert und werden durch regelmässige Schulungen und kontinuierliche Evaluation der Dekubiti durch die Fachexperten unterstützt.

Jeder Fall wird evaluiert und neue Massnahmen eingeleitet oder ggf. angepasst.

Ebenfalls findet ein monatliches Reporting statt.

Regelmässig werden interne Fortbildungen angeboten. 80% der Mitarbeitenden sind geschult.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Sensibilisierungskampagne Unternehmenskultur

Ziel

- Das gute Arbeitsklima im Claraspital sowie den «Clarageist» gilt es auch für die Zukunft, trotz neuer Herausforderungen und Arbeitsverdichtung, zu erhalten.

Involvierte Berufsgruppen

- Alle Mitarbeitende des Spitals

Umsetzung

- In Form von Workshops wurden Themen der Zusammenarbeit quer durch verschiedene Berufsgruppen diskutiert und direkt Lösungsansätze erarbeitet.

Evaluation

- Erfolgt über die Mitarbeiterbefragung 2019

18.1.2 Prozessoptimierung Bettenstationen

Ziele

- Eliminierung nicht-wertschöpfender Tätigkeiten durch Prozessverschlankeung
- Optimierung der Aufgabenverteilung, um Fachkräfte zu entlasten und mehr Leistung zum Patienten zu bringen
- Optimales Bettenmanagement

Projektablauf

- Evaluation des IST-Zustandes
- Erarbeitung von Soll-Abläufen
- Einführung auf Pilotstation
- Evaluation
- schrittweise Umsetzung auf allen Stationen

Involvierte Berufsgruppen

- Pflegepersonal, ärztl. Personal, Hotellerie, Logistik, Querschnittsbereiche, IT

Projektevaluation

- Evaluation erfolgt mit regelmässigen Reportings in der Geschäftsleitung

Umsetzung

- Erfolgt schrittweise ab 2019

18.1.3 Aufbau Prostatazentrum

Ziele

- Um Patienten mit Prostatakrebs die bestmögliche Behandlung anzubieten, bündelt das Claraspital die Kompetenzen verschiedener Spezialisten zu einem Zentrum.
- Mit der Zertifizierung nach DKG erhalten die Tumorkrankten die Gewissheit, dass ihnen die nach aktuellem Wissensstand bestmögliche Behandlung zuteil wird.

Projektablauf

- Etablierung der vorgegebenen Leitlinien nach DKG durch ein interdisziplinäres Projektteam
- Erfassung von Qualitätsindikatoren

Involvierte Berufsgruppen

- Ärzte, Pflege, Therapeuten, Datenmanagement, QM

Projektelevaluation

- Erfolgt durch Zertifizierungsaudit

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Aufbau Clarunis

Ziele

- Gemeinsames Zentrum für Viszeralchirurgie und Gastroenterologie
- Therapie auf höchstem Niveau für alle Bauchpatienten
- Gemeinsamer Standort für hochspezialisierte Medizin und Forschung

Projektablauf

- IST-Erfassung standortübergreifend
- Erstellung aller notwendigen Strukturen und Prozesse durch eine interdisziplinäre standortübergreifende Projektgruppe

Involvierte Berufsgruppen

- Direktion, Ärzte, Pflege, Case Management, Administration, IT

Start des Zentrums

- 7. Januar 2019

Projektevaluation

- Überprüfung durch Verwaltungsrat und Geschäftsleitung

18.2.2 Patientensicherheit - Richtprozess

Medikationsprozess auf den Bettenstationen

Ziele

- Gewährleistung eines durchgängigen, sicheren Prozesses von der Lagerbewirtschaftung über das Richten bis hin zur Verabreichung des Medikamentes an den Patienten («*Closed-Loop Medikamentenprozess*»)
- Optimierung der Patientensicherheit im Medikationsprozess
- Standardisierung der Medikamentenprozess auf allen Stationen
- Prozessoptimierung v.a. an Schnittstellen
- Fokussierung auf Kernkompetenzen

Projektablauf

- Erfassung IST-Situation
- Festlegung Soll-Prozesse
- Einführung auf Pilotstation
- Projektevaluation und Roll out auf allen Stationen

Involvierte Berufsgruppen

- Pflege, Apotheke, Ärzte, Logistik, IT

Projektevaluation

- mittels Pilotphase
- über interdisziplinären Steuerungsausschuss

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung Prostatazentrum nach DKG

- Umsetzung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft
- Organisation der interdisziplinären Abläufe
- Durchführung von interdisziplinären Tumorkonferenzen
- Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern
- Erfassung und Monitoring der Kennzahlen

18.3.2 Aufrechterhaltung der Zertifizierungen

Aufrechterhaltung ISO 9001 für die Hotellerie und DKG Zentren-Zertifizierungen

- Jährliche Definition und Umsetzung von Qualitätszielen
- Durchführung einer jährlichen Managementbewertung
- Sicherstellung der Aktualität von Dokumenten
- Durchführung von internen Audits
- Schulung und Information von Mitarbeitenden zur Qualitätspolitik und aktuellen Qualitätsthemen
- Erfüllen der Kennzahlen und Vorgaben nach DKG

19 Schlusswort und Ausblick

Das Claraspital wird sich gemäss seiner Strategie und der Konzentration auf die Schwerpunkte und Spezialitäten stetig weiterentwickeln.

Kooperationen werden auch in Zukunft deutlich mehr an Bedeutung gewinnen und mit der Inbetriebnahme des universitären Bauchzentrums Clarunis wurde bereits ein erster Meilenstein gesetzt.

Mit der Gründung der St. Clara Forschung AG wurde ein wichtiger Grundstein für unsere nachhaltige und patientenbezogene Forschung gelegt, die es zu einer stetigen Weiterentwicklung benötigt.

Wir werden weiterhin die Qualität unserer Leistungen steigern sowie die erforderlichen Zertifizierungsvorgaben in unseren Schwerpunkten erfüllen.

Es ist uns ein grosses Anliegen, die heute bestehende Qualität weiter zu gewährleisten und auszubauen. Dazu zählen wir unsere seit Jahren stabile Patientenzufriedenheit, die wir trotz steigender Patientenzahlen halten können.

Wir legen grossen Wert auf eine erfolgreiche und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern, Zuweisern sowie nachgelagerten Institutionen und werden diese weiter pflegen.

Die Realisierung des Masterplans mit Beginn des Neubaus Hirzbrunnen schreitet voran. Nach der Fertigstellung 2020/21 werden dort u. a. die Notfallstation sowie die Operationssäle untergebracht sein und desweiteren Rehabilitationsleistung angeboten.

Das Claraspital erfüllt die geforderten Qualitätsnachweise vom Verein für Qualitätsentwicklung in Kliniken und Spitälern (ANQ), von H+ Die Spitäler der Schweiz und dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt.

Ebenso werden die internen qualitativen und quantitativen Vorgaben aus der Unternehmensplanung erfüllt, um den hohen Qualitätsstandard weiterzuführen.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologische Onkologie
Hals-Nasen-Ohren
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)

Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).