

Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

26.05.2021
Peter Eichenberger, Direktor

Version 1



Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2020.

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 2020

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 der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform spitalinfo.ch zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grüsse



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	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Aufgrund der Covid-19-Pandemie wurde das kantonale Schwerpunktthema 2020 seitens Kanton Basel-Stadt ausgesetzt.	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	20
4.5 Registerübersicht	21
4.6 Zertifizierungsübersicht	25
QUALITÄTSMESSUNGEN	26
Befragungen	27
5 Patientenzufriedenheit	27
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	27
5.2 Eigene Befragung	29
5.2.1 Patientenbefragung mit Mecon	29
5.3 Beschwerdemanagement	30
6 Angehörigenzufriedenheit	31
6.1 Eigene Befragung	31
6.1.1 Feedback von Angehörigen	31
7 Mitarbeiterzufriedenheit	32
7.1 Eigene Befragung	32
7.1.1 Mitarbeiterbefragung	32
8 Zuweiserzufriedenheit	33
8.1 Eigene Befragung	33
8.1.1 Zuweiserbefragung	33
Behandlungsqualität	34
9 Wiedereintritte	34
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	34
9.2 Eigene Messung	35
9.2.1 Wiedereintritte innert 30 Tagen	35
10 Operationen	36
10.1 Eigene Messung	36
10.1.1 Komplikationsstatistik	36
11 Infektionen	37
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	37
12 Stürze	39
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	39
12.2 Eigene Messung	40
12.2.1 Sturzrate	40
13 Wundliegen	42

13.1	Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	42
13.2	Eigene Messungen	43
13.2.1	Dekubituserfassung	43
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15	Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
16	Zielerreichung und Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
17	Weitere Qualitätsmessung	45
17.1	Weitere eigene Messung	45
17.1.1	Zufriedenheitsmessung Hotellerie.....	45
18	Projekte im Detail	46
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	46
18.1.1	ERAS - Enhanced recovery after surgery	46
18.1.2	Effizientes ärztliches Berichtswesen	47
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020	48
18.2.1	Begegnungszentrum für chronisch Kranke und Angehörige - CURA	48
18.2.2	Neue Notfallstation	49
18.2.3	Prozessoptimierung Bettenmanagement	50
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	51
18.3.1	Zertifizierung Uroonkologisches Zentrum	51
18.3.2	Zertifizierung spezialisierte stationäre palliative Care Versorgung	51
19	Schlusswort und Ausblick	52
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	53
	Akutsomatik	53
	Herausgeber	55

1 Einleitung

Das Claraspital ist ein privat geführtes Akutspital mit Chefarztsystem und 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, die Urologie mit dem Prostatazentrum, die Gynäkologie mit dem Brustkrebszentrum sowie die Spezialitäten Allgemeine Innere Medizin/ Endokrinologie, Kardiologie, Pneumologie und Thoraxchirurgie. Als Akutspital leistet das Claraspital zudem eine erweiterte Grundversorgung mit einem 24-Stunden-Notfall.

2020 musste sich das Claraspital, wie viele andere Spitäler, den aussergewöhnlichen Herausforderungen durch die Covid-19-Pandemie und deren Folgen stellen. Das Claraspital wurde von Beginn an in die kantonale Krisenbewältigung involviert und hat mit drei Covid-Units einen wichtigen Teil zum überkantonalen Versorgungskonzept beitragen.

Der Lockdown und seine Einschränkungen haben dabei in 2020 ihren Tribut gefordert: keine planbaren Eingriffe, keine Besucher, Kurzarbeit für Mitarbeitende sowie die Versorgung von Covid-Patienten, die viele Mitarbeitende an ihre Grenzen brachte. 2021 steht nun in gewisser Weise für eine Phase der Rekonvaleszenz und gleichzeitig bleibt die Versorgung und Behandlung von COVID-19-Patienten und der Umgang mit der Pandemie ein wesentlicher Bestandteil im Spitalalltag.

Das Viszeralonkologische Zentrum mit den Schwerpunkten Darm-, Pankreas- und neu Speiseröhrenkrebs wurde 2020 erfolgreich durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) rezertifiziert. Eine weitere erfolgreiche Erstzertifizierung nach DKG absolvierte das Brustkrebszentrum am Claraspital. Zudem wurde das neu etablierte Zentrum "Ihr Brustzentrum Nordwest" gemeinsam mit dem Brustzentrum Rheinfelden nach dem Q-Label der Krebsliga Schweiz zertifiziert.

Das Prostatakrebszentrum konnte 3 engagierte urologische Partner-Praxen in sein Kooperationsnetzwerk aufnehmen, die ebenfalls in 2020 durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert wurden.

Damit hat das Claraspital erneut seine bestehenden exzellenten Prozesse und Versorgungsstrukturen im Bauch- und Tumorzentrum erfolgreich durch externe Fachgutachter bestätigen lassen.

Im Bereich der hochspezialisierten Medizin konnten die geforderten Mindestfallzahlen im Bereich der hochspezialisierten Baucheingriffe in 2020 erneut übertroffen werden. Vier der fünf hochspezialisierten Eingriffe werden am Claraspital durchgeführt und beziehen sich auf Eingriffe in der Bariatric, bei Ösophagus, Pankreas und Rektum.

Clarunis - Universitäres Bauchzentrum Basel, das gemeinsame Kompetenzzentrum des Claraspitals und des Universitätsspitals Basel für Viszeralchirurgie und Gastroenterologie/ Hepatologie erbringt zudem am Standort Universitätsspital Basel die hochspezialisierten Eingriffe an der Leber.

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 St. Clara Forschung AG entwickelt sich stetig weiter und betreibt eine nachhaltige und patientenbezogene Forschung in den drei Schwerpunkten Onkologie/Hämatologie, Metabolik und chirurgisch-technische Forschung.

Weiterhin ist das Claraspital ein Referenzzentrum für Adipositas sowie ein da Vinci Xi® Referenzzentrum für die roboter-assistierte Viszeralchirurgie.

Als eine erfreulichere Herausforderung hat sich die planmässige Fertigstellung des Ersatzneubau Hirzbrunnen erwiesen mit dem damit verbundenen Bezug unserer neuen Räumlichkeiten wie Operationstrakt, Zentralsterilisation, Notfallstation, medizinische Abteilungen, Bettenstationen,

Diagnostik, Physiotherapie, Zentrallager, Technik und Verwaltung.

Das Begegnungszentrum CURA für chronisch Kranke, Angehörige und Interessierte konnte im Eröffnungsjahr mit 2000 Besuchern einen sehr erfolgreichen Start verzeichnen. CURA unterstützt Betroffene und Angehörige mit einem breiten Angebot, um die Lebenssituation zu erhalten oder wiederzugewinnen in einer Atmosphäre des Vertrauens, Geborgenheit und Freude.

Das Claraspital pflegt erfolgreich und partnerschaftlich die Zusammenarbeit mit seinen Zuweisern, Spezialisten, nachgelagerten Institutionen sowie mit allen Kooperationspartnern auf Leistungserbringerebene und wird dies auch weiterhin anstreben und ausbauen.

Der 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.

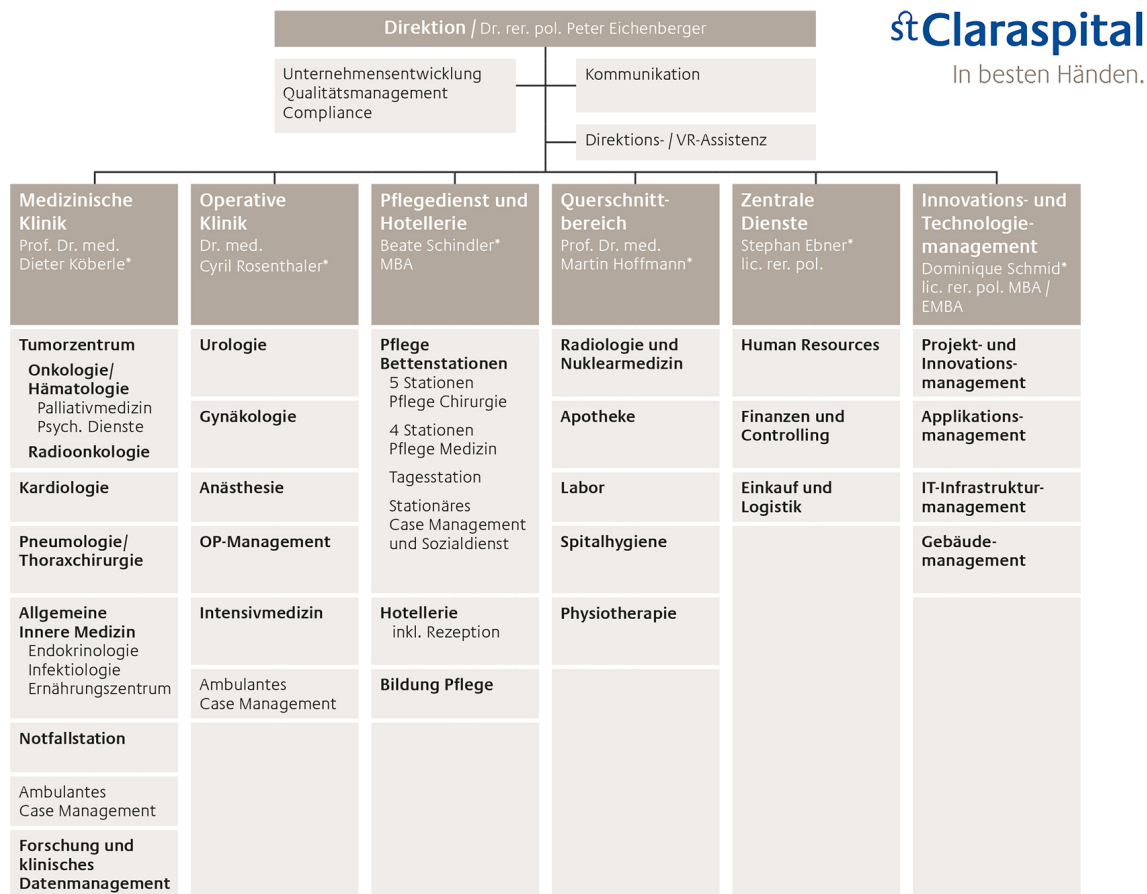
Die in der Unternehmensplanung jährlich festgelegten quantitativen Ziele besitzen einen hohen Stellenwert. Die monatliche Kennzahlenerhebung und das Reporting haben sich als fester Bestandteil etabliert. Die festgelegten quantitativen Ziele werden auf Bereichs-, Abteilungs- und Mitarbeiterebene heruntergebrochen. Regelmässige Überprüfungen der Ziele und daraus definierte und umgesetzte Massnahmen tragen zur kontinuierlichen Verbesserung bei. Dies zeigt sich in hohen Zufriedenheitswerten bei unseren Patienten, Mitarbeitenden und Zuweisern.

Die Anforderungen und die Entwicklungen 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



* Mitglied der Geschäftsleitung

Stand 01.04.2021

Die Fachbereiche Viszeralchirurgie und Gastroenterologie werden im Organigramm nicht ausgewiesen. Diese Fachbereiche werden gemeinsam mit dem Universitätsspital Basel im Kompetenzzentrum Clarunis - das Universitäre Bauchzentrum Basel - betrieben. Das Qualitätsmanagement ist der Stabsstelle Unternehmensentwicklung & Qualitätsmanagement zugeordnet.

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 von Verwaltungsrat und Geschäftsleitung jährlich geprüft.

Die Strategie basiert auf der Eignerstrategie des Instituts Ingenbohl. Die aktuelle 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 christlichen 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 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. Dazu strebt das Spital 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 genießt dank hochstehender medizinischer und pflegerischer Qualität einen sehr guten Ruf und möchte diesen mit ausgebauten Qualitätsmessungen und einer gezielten Kommunikation der Qualität 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 2020

- Aufrechterhaltung der Zertifizierungen nach der Deutschen Krebsgesellschaft für das Viszeralonkologisches Zentrum mit Darmkrebs und Pankreaskrebszentrum sowie für das Prostatakrebszentrum
- Aufrechterhaltung der Zertifizierung nach der Managementnorm ISO 9001:2015 in allen Bereichen der Hotellerie
- Erst-Zertifizierung Speiseröhrenkrebszentrum nach der Deutschen Krebsgesellschaft
- Erst-Zertifizierung Brustkrebszentrum nach der Deutschen Krebsgesellschaft
- Erst-Zertifizierung "Ihr Brustzentrum Nordwest" gemeinsam mit dem Gesundheitszentrum Fricktal nach den Vorgaben der Schweizer Krebsliga
- Eröffnung des Begegnungszentrums CURA für chronisch Kranke, Angehörige und Interessierte
- Inbetriebnahme der neu ausgerichteten Notfallstation am Claraspital im Neubau
- Inbetriebnahme des Neubaus Hirzbrunnen mit optimalen Strukturen und Prozessen im neuen OP-Trakt, in der Nuklearmedizin, in der Physiotherapie und im Ambulatorium Onkologie & Hämatologie

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

- Alle bestehenden und angestrebten Zertifizierungen konnten in 2020 erfolgreich umgesetzt werden.
- Die Inbetriebnahme des Neubaus erfolgte im September 2020.
- Das Begegnungszentrums CURA konnte im Januar 2020 mit Kurs-, Beratungs- und Therapieangeboten für chronisch Kranke und deren Angehörigen eröffnen.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Fokus auf Prozessoptimierungen bzw. Neugestaltung von Prozessen
- Stärkung des Leistungsangebotes und Weiterentwicklung von wichtigen Kooperationen auf Leistungserbringerseite
- Aufrechterhaltung der Schwerpunkt-Zertifizierungen in der Tumorbehandlung und damit verbunden weitere Organzentren-Zertifizierungen
- Stationäre spezialisierte Palliativ-Care Zertifizierung nach den Standards der qualitépalliative
- Aufrechterhaltung der Zertifizierung nach ISO 9001:2015 in der Hotellerie
- Einführung von patientenzentrierten Befragungen zur Lebensqualität (PROMS)
- Umsetzung von Qualitätsvorgaben seitens Bund und Kanton
- Nachweise der geforderten Qualitätsindikatoren jederzeit erbringen können
- Qualitätsbeeinflussende Innovationen aufgreifen und gezielt einsetzen
- Weitere Umsetzung des Masterplans Um- und Neubau

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, curafutura 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 Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

Bemerkungen

Aufgrund der Covid-19-Pandemie hat der Vorstand des ANQ beschlossen, zur Entlastung der Spitäler, auf die im April 2020 geplante Patientenbefragung in der Akutsomatik zu verzichten und diese Befragung auf Juni 2021 zu verschieben.

Durch die prekäre Pandemie-Situation wurde im Herbst vom Vorstand des ANQ die geplanten Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus im November 2020 ebenfalls abgesagt.

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>
▪ Patientenbefragung mit Mecon
<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>
▪ Dekubituserfassung
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Zufriedenheitsmessung Hotellerie

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Patientendokumentationssystem - Notfall-Anästhesie-ICU

Ziel	Das PDMS soll als zentrale Fachapplikation für Intensivmedizin, Notfall und Anästhesie Schnittstellen sicherstellen und dadurch auch patientensicherheitsrelevante Prozesse wie z.B. eine durchgängige Medikation unterstützen und verbessern.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Operative und Medizinische Klinik, IT-Abteilung
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2018-2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Konzeption und Einführung komplementärmedizinischer Massnahmen

Ziel	Ziel ist der Einsatz passender und ausgewählter komplementärmedizinischer Massnahmen zur Unterstützung der Lebensqualität der Patienten und Patientinnen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Medizinische Klinik, Pflegedienst, therapeutische Berufe, Zentrale Dienste
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2018-2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Effizientes Berichtswesen

Ziel	Keine Medienbrüche in der Erstellung und im Versand von Berichten, Sicherstellen der gesetzlichen Anforderungen an den Datenschutz, Harmonisierung der Prozesse und damit auch eine bessere Prozesseffizienz im Berichtsmanagement intern und extern
Bereich, in dem das Projekt läuft	Alle Bereiche des Spitals
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2020-2021

Enhanced recovery after surgery (ERAS)

Ziel	Reduktion von Komplikationen, Hospitalisationsdauer und Erhöhung der Patientenzufriedenheit über den Spitalaufenthalt hinaus
Bereich, in dem das Projekt läuft	Viszeralchirurgie (Clarunis)
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2020-2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Universales Bildarchiv

Ziel	Aufbau eines universalen Bildarchivs für sämtliche medizinischen Bilddaten im St.Claraspital
Bereich, in dem das Projekt läuft	Alle Kliniken, Querschnittbereiche, IT-Abteilung
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2019-2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Aufbau Uro-onkologisches Zentrum

Ziel	Weitere Stärkung der Uroonkologie und Zertifizierung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Urologie, Tumorzentrum
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2021-2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Zertifizierung der Palliativstation nach qualitätspalliative

Ziel	Stärkung der stationären Palliativ Care-Versorgung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Tumorzentrum
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Erneuerung Herzkatheterlabor

Ziel	Modernisierung und Neubau der Behandlungs- und Funktionsräume
Bereich, in dem das Projekt läuft	Kardiologie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2020-2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Planungsoptimierung Sprechstundenmanagement

Ziel	Effizientes Sprechstundenmanagement mit neuer Softwarelösung
Bereich, in dem das Projekt läuft	chirurgische und medizinische Fachbereiche
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Nach erfolgreichen Abschluss eines neuen OP-Planungsmanagements und Optimierung Anästhesie-Sprechstunde wird das Projekt nun neu auf das Sprechstundenmanagement der Kliniken angewendet

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

CIRS - Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Ziel	Weiterentwicklung des Umgangs mit kritischen Zwischenfällen und des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2007
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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

Patientensicherheit

Ziel	Weiterentwicklung und Förderung der Sicherheitskultur sowie der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2010
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	kontinuierliche Optimierung der Patienten- und Medikamentensicherheit im Haus
Methodik	Anhand von gezielten Patientensicherheitsprojekten wird das Thema jährlich weiterverfolgt

Beschwerdemanagement

Ziel	Die Anliegen unserer Patienten kennen und Massnahmen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einfließen lassen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2002
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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

Projektportfolio-Management

Ziel	Effiziente Projektorganisation im gesamten Spital
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Geschäftsleitung alle Fachbereiche
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2019
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Abgestimmte Gesamtorganisation und -koordination aller Projekte (strategisch, operativ und fachbezogen)
Involvierte Berufsgruppen	Direktion, Ärzte, Pflege, Administration, Querschnittbereiche, IT, QM

Interdisziplinäre Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

Ziel	Vorstellung und Besprechung von kritischen und unerwarteten Verläufen, der Aufarbeitung von Fehlern in der Behandlung, Erhöhung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Alle Zentren
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2016
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Methodik	Fallvorstellungen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte aller Disziplinen, Pflege, Therapeutische Berufe

Interne Audits

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

e-Learning

Ziel	Flexibilisierung der Wissensvermittlung
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Human Resource und alle Bereiche
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2019
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeitenden

Datenschutz

Ziel	Einhaltung des Datenschutzes im Haus
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Sensibilisierung zum Umgang mit besonders schützenswerten Daten
Methodik	Überprüfungen zur Einhaltung des Datenschutzes in verschiedenen Bereichen
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Weiterführende Unterlagen	Gesetzliche Vorgaben, interner Datenschutzleitfaden

Zuweisermanagement

Ziel	Zufriedenheit unserer Zuweiser
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Zuweisergewinnung und -bindung
Methodik	Fortbildungen, Workshops und Veranstaltungen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Direktion, Kommunikation und Zuweiser
Evaluation Aktivität / Projekt	Workshops und Veranstaltungen, Befragungen
Weiterführende Unterlagen	Jährlicher interner Zuweisermanagement Bericht

Händehygiene compliance

Ziel	Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Erhöhung der Patientensicherheit
Methodik	Erfassung der Händehygiene, Schulungen
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 läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2007
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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 läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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 läuft	Gesamtes Spital
Aktivität: Laufzeit (seit...)	seit 2008
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
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

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

Durch die Verstärkung des CIRS-Teams im Vorjahr mit je einer ärztlichen Vertretung der medizinischen und der chirurgischen Klinik haben sich die Analysen bestimmter Probleme und die Kommunikationswege nochmals verkürzt.

Alle eingegangenen Meldungen wurden in der CIRS-Kommission bearbeitet. Lösungsvorschläge wurden im Verbesserungsmanagementsystem aufgenommen und umgesetzt bzw. direkt mit Linienvorgesetzten aufgenommen und bearbeitet.

In den Sitzungen der Qualitätskommission wird regelmässig zum CIRS berichtet.

In Intranet können unsere Mitarbeitenden anonymisierte CIRS-Meldungen inkl. Massnahmen im Sinne eines lernenden Systems jederzeit 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 sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH 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	seit 2011
Anatomische Resektionen Register Register der Anatomischen Resektionen der schweizerischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie	Thoraxchirurgie	Adjumed Services AG, Zürich thoraxchirurgie.ch/	seit 2017
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	Viszeralchirurgie seit 2010, HSM A: seit 2011, Thoraxchirurgie seit 2017
CHPACE WEB Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Schweizerische Stiftung für Rhythmologie www.pacemaker-stiftung.ch www.rhythmologie-stiftung.ch	seit Beginn der Erhebung
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/	seit 2006

MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie c/o Adjumed Services AG www.mibb.ch/	seit August 2016
MitraSwiss Register Erfassung von allen Patienten mit einer perkutanen Mitralklappen Behandlung mittels MitraClip.	Kardiologie	Cardiocentro Ticino Lugano on behalf of the MitraSwiss Investigators www.mitra-swiss.ch	seit 2014
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	seit 2005
Nephrektomie-Register Nephrektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie swissurology.ch/register/	2020
NICER Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung	Alle Fachbereiche	NICER Seilergraben 49, CH-8001 Zürich 8001 Zürich www.nicer.org	Die Meldungen erfolgen über die jeweiligen kantonalen Krebsregister
PCI Register National PCI Register	Kardiologie	Arbeitsgruppe interventionelle Kardiologie schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie www.ptca.ch	seit Beginn der Erhebung
Prostatektomie-Register Prostatektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie swissurology.ch/register/	seit 2020
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG www.sbcdb.ch	seit 2020
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie ibdcohort.ch/	seit Beginn der Erhebung
SIOLD SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch/	seit 2003
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch/	seit 2011

SwissNET Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET swissnet.net/	seit 2014
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	seit 2009
Swiss PH Registry Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch/ www.sgph.ch/de/swiss-ph-registry.html	seit 2002
Swiss TAVI Registry Nationales Register zur Erfassung von Erwachsenen die eine Transkatheter- Aortenklappenimplantation erhielten	Herz- und thorak. Gefässchirurgie, Kardiologie	Universitätsspital Bern, Inselspital, Abteilung für Kardiologie www.swisstavi.ch/ swisstaviregistry.ctu.unibe.ch/	seit 2013
VisHSM Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG www.adjumed.net/vis/	seit 2014
Zystektomie-Register Zystektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie swissurology.ch/register/	seit 2020

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR Aargau Krebsregister Aargau	Alle	krebsregister-aargau.ch/
KRBB Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft	Alle	www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/organisation/bewilligungen-und-support/krebsregister.html
KR BE Krebsregister Bern	Alle	www.krebsregister.unibe.ch/
KR GG	Alle	www.ksgr.ch/krebsregister.aspx

Krebsregister Graubünden und Glarus		
KR ZKR Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden	Alle	www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-krebsregister.html
KR Zürich/Zug Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	www.krebsregister.usz.ch
RNJT Krebsregister Kanton Neuenburg und Jura	Alle	Kantonsregierungen Neuenburg und Jura
RT Ticino Krebsregister Kanton Tessin	Alle	www.ti.ch/tumori

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
Viszeralonkologisches Zentrum nach DKG (Darm- und Pankreaszentrum)	Bauch- und Tumorzentrum, Querschnittbereich, Pflege, QM	2016	2020	
Speiseröhrenkrebszentrum nach DKG	Bauch- und Tumorzentrum	2020	2020	Erstzertifizierung 2020
Prostatakrebszentrum nach DKG	Operative Klinik, Tumorzentrum, Querschnittbereiche, Pflege, QM	2019	2020	Re-Zertifizierung erfolgt in 2022
Brustzentrum nach Q-Label	OP-Klinik, Gynäkologie gemeinsam mit Gesundheitszentrum Fricktal	2020	2020	Gemeinsames Brustzentrum mit Gesundheitszentrum Fricktal, Erstzertifizierung 2020
Brustkrebszentrum nach DKG	Operative Klinik, Gynäkologie	2020	2020	Erstzertifizierung 2020
ISO 9001:2015	Gesamte Hotellerie inkl. Rezeption, Reinigung, Hauswirtschaft	2016	2019	jährliche Überwachungsaudits
Zertifizierte ICU nach den Richtlinien der SGI	ICU	2006	2018	
QUALAB - externe Qualitätskontrolle Labor	Labor	2014	2020	werden mehrfach jährlich durchgeführt
REKOLE	Finanzen & Controlling	2020	2020	Erstzertifizierung 2020
Referenzzentrum für bariatrische u. metabolische Chirurgie	Viszeralchirurgie, Ernährungszentrum	2018	2018	Assessment erfolgt durch die Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB)

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			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2019 (CI* = 95%)
	2016	2017	2018	
St. Claraspital				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.41	4.48	4.44	4.36 (4.27 - 4.44)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.67	4.74	4.70	4.65 (4.56 - 4.74)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.72	4.68	4.72	4.61 (4.53 - 4.69)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.61	4.66	4.63	4.60 (4.49 - 4.71)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.21	4.25	4.22	4.13 (4.03 - 4.24)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.20 %	93.90 %	91.30 %	91.60 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2019				739
Anzahl eingetroffener Fragebogen	317	Rücklauf in Prozent		43 %

Wertung der Ergebnisse: 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 Befragungsergebnisse weisen uns ein gutes Ergebnis aus, auch gegenüber den Vergleichsspitälern sowie der entsprechenden BfS-Kategorie und liegen ähnlich wie zu den Vorjahren.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPe, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im September 2019 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 Patientenbefragung mit Mecon

Im Claraspital erfolgt die stationäre Patientenbefragung mit der Firma Mecon in einem Zweijahresrhythmus. Die Befragung findet jeweils über das ganze Jahr statt. Insgesamt werden 1800 Patienten mit einem validierten Fragebogen zu ihrer Zufriedenheit befragt.

Mit den Ergebnissen aus den nationalen ANQ Patientenzufriedenheitserhebungen und unserem internen Feedbackformular "Ihre Meinung zählt" sowie dem Benchmark mit anderen Spitälern aus der stationären Mecon-Befragung erhalten wir eine aussagekräftige Gesamtberurteilung zur Patientenzufriedenheit im Claraspital.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Die Befragung wurde in allen medizinischen und chirurgischen Bereichen durchgeführt.

Gesamthaft wurden 1800 Patientenfragebogen versendet. Monatlich haben jeweils 150 stationäre Patienten kurz nach dem Austritt einen Fragebogen erhalten. Im Rahmen dieser Befragung wurden insgesamt 407 Zentrumspatienten angeschrieben, die in einem unserer Zentren (Darm-, Pankreas- und Ösophaguskrebszentrum, Prostatakrebszentrum, Brustkrebszentrum) behandelt wurden.

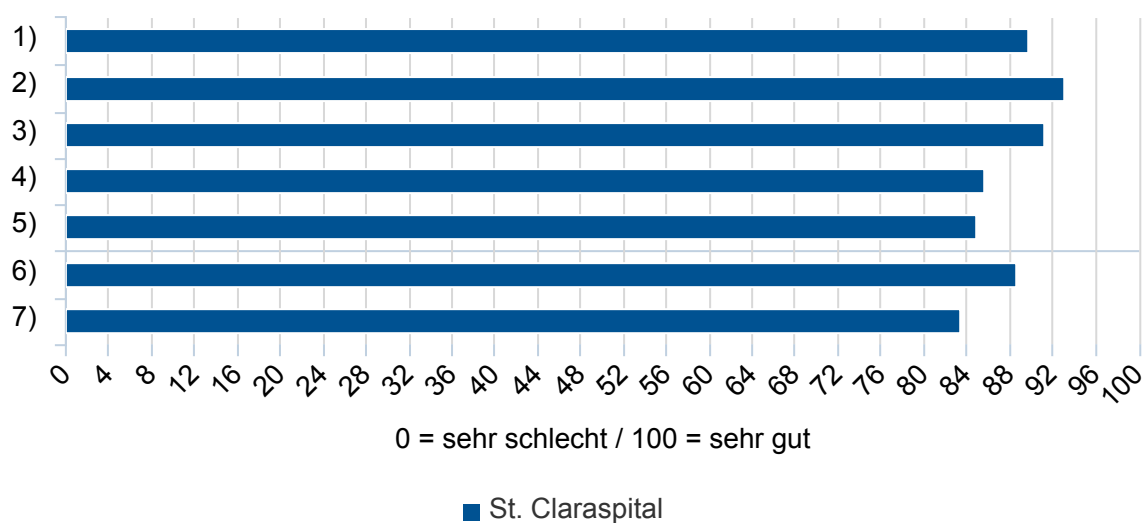
Ausgeschlossen von dieser Befragung sind Kinder.

Mehrfachhospitalisierte Patienten werden nur einmal 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	89.80	93.10	91.30	85.70	84.80

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
St. Claraspital	88.60	83.40	862	48.60 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

In Anbetracht der Gesamtsituation rund um die Covid-19-Pandemie sowie zu den Neu- und Umbautätigkeiten und den damit verbundenen Herausforderungen zeigt sich die Gesamtzufriedenheit unserer Patienten und Patientinnen weiterhin auf einem hohen Niveau.

Die Gesamtzufriedenheit mit 89.8 ist als sehr gut zu werten und zeigt auch einen ähnlichen Wert zu unserem intern erhobenen Zufriedenheitswert von 89.1%. Vor allem die Bereiche Ärzte und Pflege wurden von unseren Patienten sehr gut bewertet und auch im Bereich der Hotellerie konnte eine Steigerung erreicht werden.

Optimierungen lassen sich in den Bereichen Organisation und Öffentliche Infrastruktur erkennen, bspw. zum Tagesablauf oder dem Zurechtfinden im Gebäude, dies lässt sich v.a. durch die Eröffnung des Neubaus und den damit verbundenen Standortwechsel einzelner Abteilungen erklären.

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

Angehörige haben ebenso wie unsere Patienten die Möglichkeit über unser Feedbackformular "Ihre Meinung zählt" ihre Anliegen mitzuteilen. Diese Möglichkeit wird von Angehörigen gut genutzt. Jede Rückmeldung wird bearbeitet und schriftlich beantwortet.

Eine gezielte Angehörigenbefragung wird nicht durchgeführt.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Die Rückmeldemöglichkeit bezieht sich auf das gesamte 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 "Ihre Meinung zählt"

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

Damit wir mehr über die Befindlichkeiten und Anliegen unserer Mitarbeitenden erfahren, führen wir regelmässig eine Mitarbeiterbefragung durch. So können wir mehr auf die Bedürfnisse unserer Mitarbeitenden eingehen und einen entsprechend attraktiven Arbeitsplatz anbieten.

Aus der Befragung 2019 wurden Verbesserungsmassnahmen evaluiert und die Umsetzung der Massnahmen für 2020 geplant. Aufgrund der Covid-19-Situation sowie aufgrund zahlreicher Projekte im Bezug auf die Inbetriebnahme des Neubaus verzögerte sich die Umsetzung der Massnahmen teilweise.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2024.

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 eine gute Zusammenarbeit mit unseren Zuweisern ist uns ein grosses Anliegen. Damit wir über die Bedürfnisse und Anliegen unserer Zuweiser mehr erfahren, führen wir regelmässig eine Befragung durch.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2022.

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

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 publiziert sind. (<https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/>).

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

9.2 Eigene Messung

9.2.1 Wiedereintritte innert 30 Tagen

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

In der Auswertung sind alle Abteilungen eingeschlossen.

Alle Patienten, die innert 30 Tagen mit dem Wiedereintrittsgrund "Verschlechterung der Erkrankung" oder "Komplikation" aufgenommen wurden, sind in diese Auswertung eingeschlossen.

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

Die Wiedereintritte innert 30 Tagen lagen 2020 bei 5.5% und damit etwas über dem Vorjahresvergleich (4.8%) und erstmals auch über unserem internen Vorgabesoll von < 5.0%.

Für die erhöhte Rehospitalisationsrate konnten keine speziellen Ursachen für die gesamthaft- und klinikspezifischen Häufungen gefunden werden. Vielmehr lässt sich diese auf die teilweise sehr komplexen Erkrankungen der Patienten insbesondere in der Onkologie, in der Inneren Medizin und in der Viszeralchirurgie zurückführen.

Ursachen der Wiedereintritte sind demnach die sehr komplexen Erkrankungen sowie multimorbide und chronisch kranke Patienten mit wiederkehrenden Symptomen.

Aufgrund therapeutisch bedingter Komplikationen durch z.B. Chemotherapien kann es zu vermehrten Wiedereintritten kommen, 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.

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 2020 durchgeführt.

An den Fallbesprechungen nehmen u. a. die Fachbereiche Viszeralchirurgie und Urologie teil.

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 folgender Operationen:	
▪	Blinddarm-Entfernungen
▪	*** Dickdarmoperationen (Colon)
▪	Rektumoperationen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020:
(Unterbruch der Messperiode, vom 1. März bis 31. Mai 2020, infolge der Covid-19-Pandemie)

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2020 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2020 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2020 (CI*)
			2017	2018	2019	
St. Claraspital						
Blinddarm-Entfernungen	73	1	0.00%	3.10%	3.30%	1.30% (0.00% - 4.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	183	21	8.60%	10.40%	11.50%	9.90% (5.60% - 14.30%)
Rektumoperationen	42	12	11.00%	23.60%	0.00%	28.80% (15.10% - 42.50%)

* 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

Bei der Erfassung von postoperativen Wundinfektionen 2020 kam es aufgrund der Covid-19-Pandemie zu einem Unterbruch von März bis Mai.

Aus diesem Grund ist die Rate der erfassten Rektumoperationen relativ tief ausgefallen, was zu einer Verzerrung der Daten führen kann.

Das Claraspital hat, im Vergleich mit den anderen Spitälern, eine tiefe Rate bei den postoperativen Organ-/Hohlrauminfektionen.

Gut die Hälfte der Infektionen nach Rektum-Operationen im Claraspital sind als oberflächliche Infekte (leichte Rötungen) ausgewiesen und somit liegen unsere internen Berechnungen der Wundinfektionsrate Rektum bei 16.7%.

Die Rehospitalisationsrate aufgrund der Wundinfekte liegt im Benchmark äusserst tief.

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.

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Sturz konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

Weitere 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

Das Claraspital verzichtet auf eine Publikation, da die Ergebnisse zur Prävalanzmessung Sturz auf der Website des ANQ (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

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Sturzrate

Jeder Sturz wird in einem Sturzprotokoll erfasst und in den nächsten 24 Stunden vom Pflorgeteam evaluiert. Bei Bedarf werden Fachexperte und/oder Pflegeexperte beigezogen. Daraus entstehen zeitnahe individuelle Optimierungsmassnahmen, um weitere Ereignisse zu vermeiden. Im monatlichen Austausch zwischen Stationsleitung, Fachexperten und Pflegeexperten wird jeder Sturz gemeinsam besprochen und bei Bedarf übergeordnete Massnahmen für die Station getroffen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
Sturzereignisse werden auf allen Bettenstationen erfasst, ausgenommen auf der Intensivstation.

Seit August 2020 wird eine Differenzierung hinsichtlich «assisted falls» oder «nicht assisted falls» vorgenommen.

Ein «assisted fall» ist ein kontrollierter, von einer Fachperson begleitetes Sturzereignis. Eine Begleitung bei einer sturzgefährdeten Person wird als Präventivmassnahme betrachtet. Daher wird die Sturzrate total sowie «ohne assisted falls» abgebildet.

Alle Stürze werden pro Monat und Bettenstation ausgewertet. Als Kennzahl wird nach wie vor die Gesamtsturzrate transparent gemacht. Eine genaue Angabe zu der Sturzrate ohne «assisted falls» kann nicht vorgenommen werden, da die Differenzierung erst im August umgesetzt wurde.

Die interne Sturzrate 2020 liegt bei 3.9 auf 69'255 Pflgetage und damit ähnlich wie zum Vorjahr (3.6) und unter unserem internen Vorgabesoll von < 4.0.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Zusammenfassend werden viele Massnahmen zur Sturzprävention zeitnah eingesetzt. Die Abgabe eines Sturzflyers und die Vermittlung des Inhalts an Patienten wird im kommenden Jahr weiterhin von den Bettenstationen fokussiert und dokumentiert werden.

Der Sturzflyer wurde zudem 2020 aktualisiert und auf ein grösseres Layout, zur besseren Lesbarkeit angepasst.

Ebenfalls zum Thema Sturzprävention wurde auf zwei Bettenstationen ein Bettgalgenschild «Achtung Sturzgefahr» getestet. Dieses wurde bei Patienten mit einem Sturzrisiko ans Bett angebracht und diente als Erinnerung für Patienten sich rechtzeitig zu melden als auch für das Pflegepersonal jeglicher Qualifikation zur sofortigen Erkennung eines Sturzrisikos.

Eine Evaluation dieser Massnahmen sowie eine Ausweitung auf alle Bettenstationen ist noch ausstehend.

Als neues Hilfsmittel wurden 2020 vier neue Kognimatmatratzen angeschafft. Eine automatische, sehr frühzeitige Alarmierung, schon beim Rutschen an die Matratzenkante führt dazu, dass das Pflegepersonal noch früher Patienten mit Sturzrisiko begleiten kann.

Auf sieben von zehn Bettenstationen wurden 2020 Pflegefachaudits durchgeführt, u.a. mit den Themen zu Sturz- und Sturzprävention. Konkrete stationsbezogene Massnahmen wurden mittels Massnahmenplan vereinbart und evaluiert.

Angaben zur Messung

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

Bemerkungen

Ein neues E-Learning Programm hat sich auch auf die Fortbildung zum Thema Sturz ausgewirkt. Die Pflichtschulung wurde bis Ende 2019 im Rahmen des Eintrittstages von Pflegenden, für Pflegenden

angeboten, dies sowohl für neue Mitarbeitende sowie obligatorisch alle 4 Jahre für bereits im Haus tätige Pflegemitarbeitende. Diese Präsenzschiilung wurde als E-Learning Kurs neu erstellt und dient seit Januar 2021 für bereits im Claraspital tätige Mitarbeitende als Pflichtschulung. Neue Mitarbeitende besuchen nach wie vor die Präsenzschiilung und können bei Bedarf den E-Learningkurs zusätzlich absolvieren.

Ein Safety Cross für die sofortige Visualisierung der monatlich erfolgten Stürze wurde auf den Bettenstationen implementiert und wird täglich geführt. Ein farblich rot gekennzeichnete Monatstag macht ein Sturzereignis allen Mitarbeitenden transparent.

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 Scherkräften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

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.

Wichtiger Hinweis *:** Die Nationale Prävalenzmessung Dekubitus konnte im Jahre 2020, infolge der Covid-19-Pandemie, nicht durchgeführt werden. Weshalb im Qualitätsbericht 2020 keine aktuellen Daten publiziert werden können. Entsprechend werden nur die Vorjahreswerte aufgeführt. Weitere Angaben zu den Vorjahreswerten, entnehmen Sie bitte den Qualitätsberichten aus den Jahren 2018 und 2019.

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

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Dekubituserfassung

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

Massnahmen zur Dekubitusprävention werden individuell und zeitnah eingeleitet unter Verantwortung der zuständigen diplomierten Pflegefachperson.

Neu werden seit 2020 die Dekubituskategorien nach der National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) und der European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) Klassifizierung ausgewertet.

Dies entspricht einer Klassifizierung von Dekubitus Kategorie 1-4 sowie der Kategorie: «keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt» sowie der Kategorie «vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt».

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
Das Dekubitusrisiko wird auf den Bettenstationen erfasst.

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

Interne Auswertung zur Dekubitus-Inzidenz 2020:

Kategorie 1: 0.30%

Kategorie 2: 0.73%

Kategorie 3: 0.02%

Kategorie 4: 0.0%

Kategorie «keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»: 0.01%

Kategorie «vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt»: 0.0%

Die Gesamtinzidenz zeigt sich mit 1.06% ähnlich wie im Vorjahr (0.9%) und liegt unter unserem internen Vorgabewert von < 2.0%.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Im monatlichen Austausch von Stationsleitung, Fachexperte und Pflegeexperte werden alle Dekubiti evaluiert und ggf. Massnahmen für die jeweilige Bettenstation vereinbart.

Jeder Dekubitus wird durch Pflegefachpersonen eingeschätzt und eine individuelle Behandlung festgelegt. Bei Unterstützungsbedarf stehen die Fachexperten der jeweiligen Station zur Verfügung. Bei zusätzlichem Bedarf werden die Pflegeexperten involviert, welche eine Behandlung und/oder das Zuziehen der Wundberatung empfehlen und die Pflegefachpersonen im Prozess begleiten/unterstützen.

Zusammenfassend werden Massnahmen zur Dekubitusprävention zeitnah und individuell auf den Patienten angepasst eingesetzt. Die Abgabe des Flyers zum Thema Dekubitus und die Begründung sowie Beratung zu Lagerungsmassnahmen dürfen weiterhin im kommenden Jahr von den Bettenstationen fokussiert und vertieft werden. Um dies zu ermöglichen wurde insbesondere neues optimiertes Lagerungsmaterial für das Jahr 2021 beantragt.

Um die Kennzahlenauswertung zu optimieren, wurde eine gemeinsame Liste entworfen und alle Dekubiti, intern sowie extern erworbene mit Lokalisation und Kategorie vermerkt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Bemerkungen

Pflegefachaudits wurden auf 7 von 10 Bettenstationen zum Thema Dekubitus und Präventivmassnahmen durchgeführt.

Ein Safety Cross für die sofortige Visualisierung von monatlich intern entstandenen Dekubiti auf den Bettenstationen wurde implementiert und wird täglich geführt. Ein farblich rot gekennzeichnete(r) Montagstag macht einen intern entstandenen Dekubitus allem Mitarbeitenden ersichtlich.

Die Fortbildung zu Dekubitus und Wundmanagement wurde evaluiert und angepasst, die Wundberatung übernimmt dazu die Wundschulungssequenz, die Dozierenden der Dekubitusschulung haben sich bilateral über Schulungsinhalte mit den Wundexperten abgesprochen um Redundanzen zu vermeiden und ein optimiertes Fortbildungsangebot sicherzustellen.

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Zufriedenheitsmessung Hotellerie

Die Hotellerie führt viermal pro Jahr eine Kurzbefragung durch, um die Anliegen und Wünsche der Patienten zu kennen, aufzunehmen und Verbesserungen zu initiieren.

Der bestehende Fragebogen wurde 2020 überarbeitet und beinhaltet die verschiedenen Bereiche, die der Hotellerie zugeordnet sind.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Der Fragebogen wird allen stationären Patienten im Zeitraum der Befragung abgegeben.

Die Zufriedenheit mit den Leistungen der Hotellerie aus den vier durchgeführten Patientenbefragungen in 2020 weist eine Zufriedenheit von 92.7% aus. Der interne mindestens zu erreichende Sollwert ist auf 88.0% festgelegt.

Das Gesamtergebnis der Hotellerie aus den 4 durchgeführten Patientenbefragungen weist die folgenden Ergebnisse aus:

Zufriedenheit mit:

- der Patientenbegleitung bei Eintritt in das Spital: 95.5%
- der Zimmerreinigung: 89.5%
- der Wäschequalität: 93.0%
- dem Café Chiara: 93.6%
- der Essensbestellung: 96.7%
- dem Essensangebot: 96.7%
- der Präsentation des Essen: 94.8%
- dem Geschmack des Essen: 88.9%
- der Temperatur des Essen: 88.7%

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das Gesamtergebnis aus den vier Befragungen weist mit 92.7% eine hohe Zufriedenheit aus.

Die Beurteilung des Essens obliegt dem subjektiven Eindruck jedes Einzelnen und äussert sich vor allem bei der Bewertung zum Geschmack. Grosse Bewertungsunterschiede zeigen sich je nach Krankheitsbild. Einen weiteren Einfluss haben die Verordnungen von bestimmten Kostformen für die Patienten, die es mit sich bringen, dass Patienten nicht vom gesamten Essensangebot profitieren können.

Zur weiteren Entwicklung der Hotellerie wurde in 2020 eine Gesamtstrategie erarbeitet. Diese vertieft Entwicklungen und Verbesserungen in den Hotellerieleistungen und -angeboten. Die Befragungsergebnisse wurden dabei berücksichtigt.

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 ERAS - Enhanced recovery after surgery

Projektziele:

- Etablierung eines standardisierten perioperativen Managements für kolorektale Eingriffe mithilfe einer spezifisch ausgebildeten Pflegefachperson "ERAS-Nurse"
- Reduktion nicht-chirurgischer Komplikationen & Hospitalisationsdauer
- Patientenzufriedenheit über den Spitalaufenthalt hinaus

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte (Chirurgie & Anästhesie), Pflege, Stomatherapie, Ernährungsberatung und Physiotherapie

Projektablauf:

- Konzeption: Übertrag des bestehenden Modells ERAS in den Spitalalltag im Claraspital
- Umsetzung: Rekrutierung und Ausbildung der entsprechenden Pflegefachperson
- Umsetzung: Anpassung der Strukturen und Prozesse
- Einführungsphase ab März 2021
- Evaluation in 2021

Evaluation:

- Outcome-Messung und Befragung in 2021

Geplanter Projektabschluss:

- Ende 2021

18.1.2 Effizientes ärztliches Berichtswesen

Projektziele:

- Automatisierter und digitaler Arztberichtsversand
- Gesteigerte Prozesseffizienz gegenüber heute
- (Möglichst) keine Medienbrüche
- Harmonisierung der Prozesse in der Erstellung, Korrektur, Visierung von ärztlichen Berichten
- Prozesssichere Pflege der notwendigen Daten

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärztliche Vertreter aus allen Fachbereichen, ambulantes Case Management, Sekretariatsdienst und Patientenaufnahme, IT

Projektablauf:

- Die Projektziele werden in 4 Teilprojekten bearbeitet: Versandservice & Freigabeprozess, Datenpflege, Einsatz von Hilfsmitteln wie z.B. Spracherkennungssoftware und optimierte Zuweiserplattform.
- Zu Beginn erfolgte eine Ist-Aufnahme mit anschließender Konzeptionsphase (in Etappen) und ebenfalls etappenweiser Umsetzung und Einführung.

Projektevaluation:

- erfolgt über Messungen / Befragung der Zuweiser

Geplanter Projektabschluss:

- Ende 2021

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

18.2.1 Begegnungszentrum für chronisch Kranke und Angehörige - CURA

Projektziel:

- Aufbau eines Begegnungszentrums ausserhalb der Akutversorgung im Spital mit einem niederschwellig zugänglichen, patientenzentrierten, wirksamen und nachhaltigen ganzheitlichen Beratungs-, Kurs- und Therapieangebot.

Projektablauf:

- Umfeldanalyse
- Neu- bzw. Umbau der Räumlichkeiten in ein offenes Zentrum
- Erstellung aller notwendigen Strukturen und Prozesse durch eine interdisziplinäre Projektgruppe
- Eröffnung & Einführung Januar 2020

Involvierte Berufsgruppen:

- Multiprofessionelles Projektteam aus Medizin, Pflege, Therapeutischen Personal und Unternehmensentwicklung

Projektelevaluation:

- Der Nutzen für die Zielgruppe hat sich bereits im Eröffnungsjahr 2020 gezeigt. CURA wird von Menschen mit einer chronischen Erkrankung oder ihren Angehörigen und weiteren Interessierten angenommen: mehr als 2000 Besucher besuchten CURA in 2020 - trotz COVID-19-Pandemie

18.2.2 Neue Notfallstation

Projektziel:

- Neubau und damit verbunden neues Betriebskonzept für die Notfallstation am Claraspital
- Positionierung der Notfallversorgung im Umfeld

Projektablauf:

- Erfassung der Ist-Situation
- Aufbau einer strategischen Roadmap für den Notfall
- Betriebskonzept für den Neubetrieb / Einführung aller notwendigen Strukturen und Prozesse inklusiver neuer digitaler Patientendokumentation
- Inbetriebnahme des Neubaus im September 2020

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte, Pflege, IT, Gebäudemanagement, Finanzen & Controlling, Externe Projektbegleitung

Projektevaluation:

- Alle Massnahmen gemäss Strategiepapier wurden erreicht. Die neue Notfallstation konnte ab September 2020 in neuen Räumlichkeiten in Betrieb gehen. Mit Zuweisern wird gezielt kommuniziert und ihre Anforderungen werden kontinuierlich evaluiert und bedient. Die Zufriedenheit der Sanität mit dem Notfall lag im Rahmen der letzten Messung bei 98%.

18.2.3 Prozessoptimierung Bettenmanagement

Projektziel:

- Überarbeitung der Prozesse im Bettenmanagement und zwischen den Schnittstellenbereichen mit den Zielen:
- möglichst wenig Medienbrüche
- keine Sonderlösungen für Bereiche
- optimierter Informationsfluss

Projektablauf:

- Ist-Analyse
- Soll-Planung / Konzeption
- Umsetzung der angepassten Prozesse
- Einführung & Evaluation

Involvierte Berufsgruppen:

- Pflege, Ärzte aus den verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen, Case Management, Bettenmanagement und Notfall

Projektelevaluation:

- Prozesse rund um die Anmeldung eines stationären Eintritts sind standardisiert und erfolgen in den Kliniken einheitlich.
- Keine Doppelspurigkeiten mehr in der Kommunikation und im Informationsfluss
- Keine unnötigen Unterbüche im Planungsprozess
- Klare Regelung für das Bettenmanagement ausserhalb der regulären Dienstzeiten

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung Uroonkologisches Zentrum

Projektziel:

- Erweiterung des bestehenden Prostatakrebszentrums
- Stärkung der Uroonkologie
- Zertifizierung der Behandlung des Nierenzellkarzinoms nach internationalen med. Leitlinien in 2022

Projektablauf:

- Umsetzung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft
- Organisation der interdisziplinären Abläufe
- Ausbau der bestehenden uroonkologischen Tumorkonferenz
- intensivierte Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern
- Erfassung und Monitoring von med. Qualitätskennzahlen

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte aus den betreffenden Fachdisziplinen, Pflege, Therapeuten, Forschung, Datenmanagement und QM

18.3.2 Zertifizierung spezialisierte stationäre palliative Care Versorgung

Projektziel:

- Erlangung des Qualitätslabels von Qualitätspalliative für die spezialisierte stationäre palliative Care Versorgung am Claraspital in 2021
- Stärkung des Tumorzentrums in der palliativen Versorgung

Projektablauf:

- Ist-Analyse der Anforderungen
- Umsetzung der Struktur-und Prozessvorgaben
- Internes & externes Audit

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte aus den betreffenden Fachdisziplinen Palliativmedizin und Onkologie, Pflege, Therapeuten und QM

19 Schlusswort und Ausblick

Das Claraspital wird sich gemäss seiner Strategie und der Konzentration auf seine 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 erfolgreich umgesetzt.

Die St. Clara Forschung AG hat sich sehr erfolgreich weiterentwickelt und sichert mit einer nachhaltigen und patientenbezogenen Forschung die stete Weiterentwicklung in den medizinischen Bereichen.

Wir werden weiterhin grossen Wert auf die Qualität unserer Leistungen legen sowie die erforderlichen Zertifizierungsvorgaben in unseren Schwerpunkten erfüllen.

Es ist uns ein grosses Anliegen, die heute bestehende Qualität weiterhin zu gewährleisten und auszubauen. Dazu zählen wir unsere seit Jahren stabile Patientenzufriedenheit, die wir auch im von der COVID-19-Pandemie geprägten Jahr 2020 aufrechterhalten konnten.

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

Mit der Fertigstellung des Neubaus Hirzbrunnen 2020 konnten u.a. der Operationstrakt, die Notfallstation, die Physiotherapie, die ambulante Onkologie, die Nuklearmedizin und eine Bettenstation die hochmodernen Räumlichkeiten beziehen. In einer weiteren Bauetappe wird der Südtrakt bis 2022 erneuert, damit weitere Funktionseinheiten wie z.B. die Intensivmedizin oder Kardiologie neue moderne Räumlichkeiten und eine medizinische Infrastruktur erhalten, die den Qualitätsansprüchen vollumfänglich dient.

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)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Hals-Nasen-Ohren
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
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
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)

Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
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
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Gynäkologische Tumore
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/qualitaet/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 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/ueber-uns/fachkommissionen/



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): www.samw.ch.