

Qualitätsbericht 2021

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2022
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 2021.

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 2021

Frau
Annette Kolb
Leiterin Qualität und Zentrenkoordination
061 685 86 84
annette.kolb@claraspital.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Mit grossem Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

2021 war aufgrund der andauernden Covid-19-Pandemie wiederum ein forderndes Jahr für die Schweizer Spitäler und Kliniken und ihr Personal. Zur Entlastung der Institutionen wurde die Messung der postoperativen Wundinfektionen von Swissnoso zeitweise erneut unterbrochen. Zum zweiten Mal in Folge wurde zudem entschieden, die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen; auch fanden keine IQM Peer Reviews statt.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler und Kliniken tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft trat. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+, die Verbände der Krankenversicherer santésuisse und curafutura sowie die Medizinal-Tarifkommission MTK ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Daraus resultierte ein Qualitätsvertrag, welcher dem Konzept die nötige Verbindlichkeit verleiht. Die Ergebnisse der neuen Vorgaben sollen zukünftig auf der Plattform spitalinfo.ch publiziert und in den H+ Qualitätsbericht integriert werden. Ein entsprechendes Publikationskonzept liegt vor.

Weiter wurde 2021 der Vorstoss von Ruth Humbel angenommen, welcher einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Leistungserbringer und deren Mitarbeitenden bei Lernsystemen vorsieht. Der Vorstoss legt die gesetzliche Grundlage für eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den Spitälern.

Ein wichtiger Meilenstein wurde auch im nationalen Projekt «Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie» der Allianz Peer Review CH erreicht. Die in den letzten drei Jahren erarbeiteten Umsetzungsvorschläge konnten in einigen Kliniken erfolgreich erprobt werden. Die Bereitschaft der Fachpersonen und entsprechende Schutzmassnahmen in den Institutionen ermöglichten es, vier Pilot-Reviews in der Psychiatrie durchzuführen.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifische Ergebnisse. 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 transparent und umfassend auf, damit ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	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 2021	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021	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	22
4.5 Registerübersicht	23
4.6 Zertifizierungsübersicht	27
QUALITÄTSMESSUNGEN	28
Befragungen	29
5 Patientenzufriedenheit	29
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	29
5.2 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 potenziell 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 Dekubitus	41
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	41
13.2 Eigene Messungen	42
13.2.1 Dekubituserfassung	42
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	42

	Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
15	Psychische Symptombelastung	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
16	Zielerreichung und Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Weitere Qualitätsmessung	43
17.1	Weitere eigene Messung	43
17.1.1	Zufriedenheitsmessung Hotellerie	43
18	Projekte im Detail	44
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	44
18.1.1	Harmonisierung der Terminvergabe durch Einführung eines neuen Planungssystems	44
18.1.2	Ambulantes Operieren	44
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021	45
18.2.1	ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)	45
18.2.2	Zertifizierung Palliativstation nach Qualitätspalliative	45
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	46
18.3.1	Zertifizierung Uroonkologisches Zentrum	46
18.3.2	Interdisziplinäres Beckenbodenzentrum	46
19	Schlusswort und Ausblick	47
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	48
	Akutsomatik	48
	Herausgeber	50

1 Einleitung

Das Claraspital in Basel ist ein privat geführtes, hochspezialisiertes Akutspital und unverzichtbarer Teil der Gesundheitsversorgung in Basel und der Nordwestschweiz. 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.

Es zeichnet sich durch eine hervorragende Behandlung und umfassende medizinische Kompetenzen aus, die mit dem Betreuungsstandard eines Privatspitals erbracht werden.

Das Spital hat sich medizinisch klar positioniert mit einem Tumorzentrum, dem universitären Bauchzentrum Clarunis, das gemeinsam mit dem Universitätsspital betrieben wird, seinem Auftrag für hochspezialisierte, viszeralkirurgische Eingriffe sowie den Spezialitäten Urologie, Pneumologie/Thoraxchirurgie, Kardiologie, Allgemeine Innere Medizin/ Infektiologie, Endokrinologie mit Ernährungszentrum, Gynäkologie, Notfall- und Intensivmedizin.

Im Claraspital werden Patienten und Patientinnen interdisziplinär und multiprofessionell in zertifizierten Zentren für Darmkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs und Speiseröhrenkrebs, Brustkrebs und Prostatakrebs betreut. Drei engagierte urologische Partner-Praxen arbeiten mit dem Prostatazentrum zusammen. Das Tumorzentrum verfügt zudem über eine zertifizierte Palliative Care Einheit. Des Weiteren wurde 2021 die Hämatologie des Claraspitals von der internationalen MDS Foundation als MDS Center of Excellence zertifiziert und bietet Patienten, die unter einem myelodysplastischen Syndrom (MDS) leiden, eine optimale Behandlung und Betreuung.

Weitere Zentren wie das Beckenbodenzentrum bieten Patienten und Patientinnen umfassende Kompetenzen bei spezifischen Beckenbodenerkrankungen. Das Spital ist zudem Referenzspital für Adipositas und betreut Patienten und Patientinnen in einem interdisziplinären Ernährungszentrum. Mit einem 24-Stunden-Notfall Betrieb leistet das Spital eine erweiterte Grundversorgung rund um die Uhr.

Im Claraspital wird Klinische Forschung, die direkt am und mit dem Patienten oder mit Probanden durchgeführt wird, praktiziert. Die Abteilung Forschung und klinische Dokumentation des Claraspitals hat als universitäres Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät Basel den Auftrag, Forschenden des Claraspitals eine optimale Infrastruktur zur Verfügung zu stellen. Das Claraspital versteht sich seit seiner Gründung als lernende Organisation und ist Universitäres Lehr- und Forschungsspital und SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätte.

2021 musste sich das Claraspital, wie viele andere Spitäler, erneut den Herausforderungen durch die Covid-19-Pandemie und deren Folgen stellen. Das Spital wurde von Beginn an in die kantonale Krisenbewältigung involviert und hat mit drei Covid-Units einen wichtigen Teil zum überkantonalen Versorgungskonzept beigetragen.

Gleichzeitig war das Jahr 2021 von der nächsten Bauetappe geprägt, die sich nach dem Neubau Hirzbrunnen in 2020 nahtlos angeschlossen hat. Im ersten Quartal 2022 konnten nun eine erneuerte und erweiterte radiologische Diagnostik, eine hochmoderne Intensivstation sowie ein komplett neues Herzkatheterlabor ihren Betrieb aufnehmen. Mit allen Bauetappen einher ging, dass das Spital stetig auch die entsprechenden Patientenprozesse weiterentwickelt hat, so dass die Patienten und Patientinnen nun sowohl von einer hochmodernen Infrastruktur als auch von aufeinander abgestimmten Prozessen profitieren können.

Alle Projekte und Neubauten fokussieren auf die Strategie des Claraspitals. Diese ist geprägt von den folgenden Eckpfeilern:

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.

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.

Ein weiterer Baustein für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Partnern und nachgelagerten Institutionen wird die Eröffnung der onkologischen Rehabilitationsstation zum 01. Juli 2022 im Neubau Hirzbrunnen sein, die von ZURZACHCare betrieben werden wird.

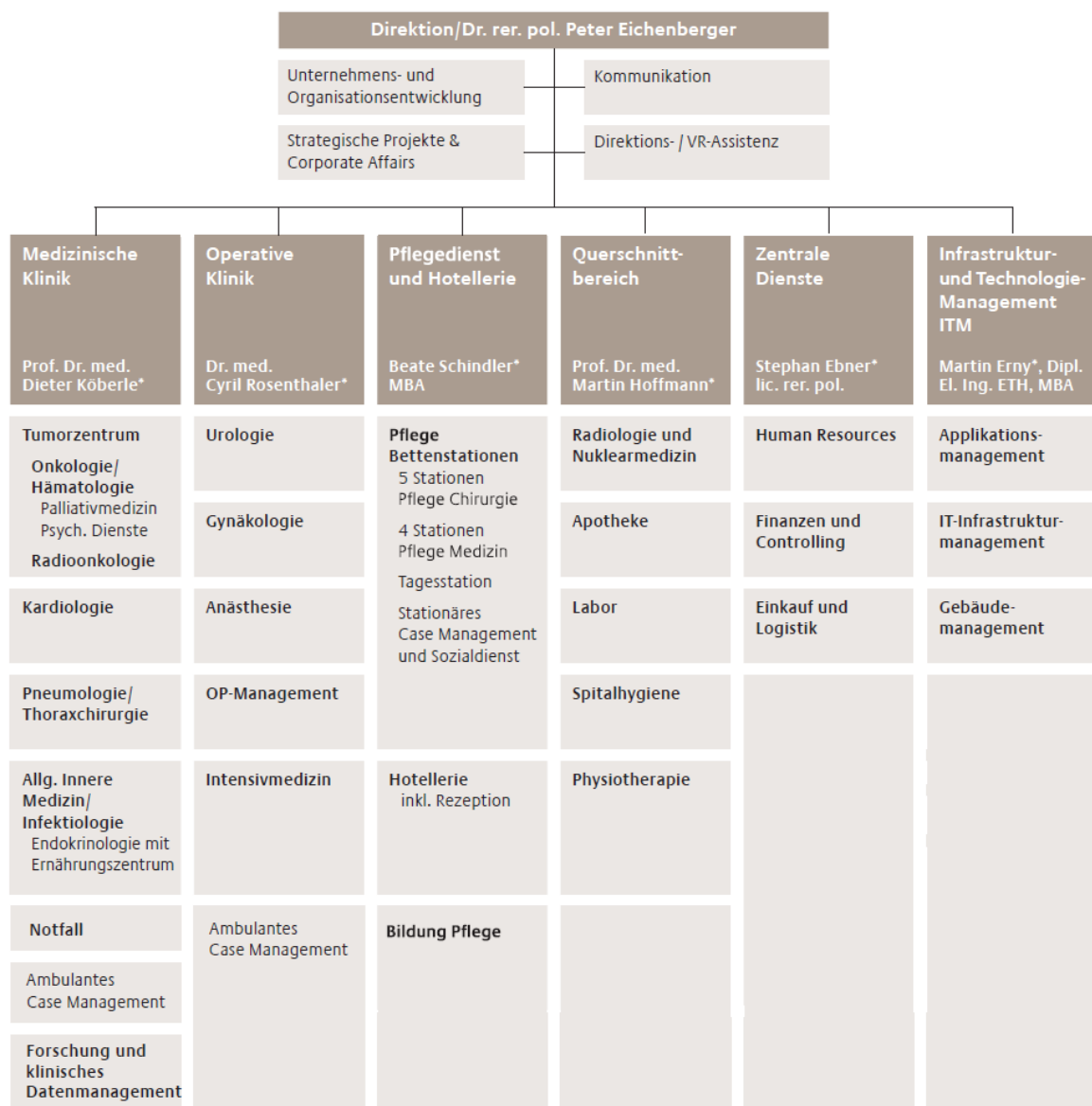
Die in der Unternehmensplanung jährlich festgelegten quantitativen Ziele besitzen einen hohen Stellenwert. Die monatliche Kennzahlenerhebung und das Reporting haben sich als fester Bestandteil etabliert. Die festgelegten quantitativen Ziele werden auf Bereichs-, Abteilungs- und Mitarbeiterebene heruntergebrochen. 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

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 in der Stabstelle Unternehmens- und Organisationsentwicklung eingegliedert und 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
direktion@claraspital.ch

Frau Annette Kolb
Leiterin Qualität & Zentrenkoordination
061 685 86 84
annette.kolb@claraspital.ch

3 Qualitätsstrategie

Die Qualitätsstrategie wird jährlich vom Verwaltungsrat und der Geschäftsleitung 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 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 sowie in den Querschnittfunktionen. 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 2021

- Erst-Zertifizierung "Ihr Brustzentrum Nordwest" gemeinsam mit dem Gesundheitszentrum Fricktal nach den Vorgaben der Schweizer Krebsliga.
- Erst-Zertifizierung der stationären spezialisierten Palliativ-Care nach den Standards der "qualitépalliative".
- Aufrechterhaltung der Zertifizierungen nach der Deutschen Krebsgesellschaft für das Darmkrebs-, Speiseröhrenkrebs- und Pankreaskarzinomzentrum sowie für das Prostatakrebszentrum und Brustkrebszentrum
- Aufrechterhaltung der Zertifizierung nach der Managementnorm ISO 9001:2015 in allen Bereichen der Hotellerie
- Pilotprojekt im Bereich der digitalen Patientenbefragungen

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021

- Alle bestehenden Zertifizierungen nach der Deutschen Krebsgesellschaft wurden erfolgreich absolviert.
- Die Erst-Zertifizierung "Ihr Brustzentrum Nordwest" gemeinsam mit dem Gesundheitszentrum Fricktal wurde nach den Vorgaben der Schweizer Krebsliga sehr erfolgreich zertifiziert.
- Im Bereich der Hotellerie wurde die Aufrechterhaltung der Managementnorm ISO 9001:2015 erfolgreich bestätigt.
- Der Pilot zur digitalen Patientenbefragung ist sehr positiv verlaufen und wurde im Januar 2022 flächendeckend im Spital umgesetzt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Fokus auf Prozessoptimierungen bzw. Neugestaltung von Prozessen sowie Veränderungsmanagement
- Qualitätsbeeinflussende Innovationen aufgreifen und gezielt einsetzen
- Stärkung des Leistungsangebotes und Weiterentwicklung von wichtigen Kooperationen auf Leistungserbringerseite
- Aufrechterhaltung der Schwerpunkt-Zertifizierungen in der Tumorbehandlung und damit verbunden weitere Organzentren-Zertifizierungen
- Qualitätsfördernde Kooperationsprojekte mit Partnern im Gesundheitswesen
- Aufrechterhaltung der Zertifizierung nach ISO 9001:2015 in der Hotellerie & Weiterentwicklung der Hotellerie
- Umsetzung von Qualitätsvorgaben seitens Bund und Kanton
- Nachweise der geforderten Qualitätsindikatoren jederzeit erbringen können
- Nutzung der digitalen Möglichkeiten in der interaktiven Kommunikation mit den Patienten und Patientinnen - Einführung von patientenzentrierten Befragungen zur Lebensqualität (PROMS) und zur Spitalerfahrung (PREMS)

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

Bemerkungen

Zur Entlastung der von der Pandemie stark betroffenen Spitäler und Kliniken hat der ANQ zusammen mit dem Qualitätsausschuss Prävalenzmessung und der BFH entschieden, die geplanten Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus vom November 2021 abgesagt.

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

- Erhebung von PROMs

Bemerkungen

Gemäss der Leistungsvereinbarungen GGR 2021-2025 sind die Spitäler und Kliniken der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft verpflichtet, Patient Reported Outcome Measurement (PROMs), durchzuführen.

Das Claraspital erhebt in zwei wichtigen Leistungsbereichen PROMs: Darmkrebs und Prostatakrebs im Rahmen der Studien der deutschen Krebsgesellschaft "PCO" und "EDIUM".

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>Angehörigenzufriedenheit</i>
▪ Feedback von Angehörigen
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserbefragung
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
▪ Wiedereintritte innert 30 Tagen
<i>Operationen</i>
▪ Komplikationsstatistik
<i>Stürze</i>
▪ Sturzrate
<i>Dekubitus</i>
▪ Dekubituserfassung
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Zufriedenheitsmessung Hotellerie

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

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.

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)	2020-2022

Zertifiziertes Beckenbodenzentrum

Ziel	Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Beckenbodenteam & Zertifizierung nach den Richtlinien der dt. Kontinenzgesellschaft
Bereich, in dem das Projekt läuft	Chirurgische Fachbereiche, Therapeuten, Pflege, Administration, QM
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2021-2022
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)	2019-2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Reorganisation Prozesse ambulante & stationäre Pneumologie

Ziel	effiziente patientenzentrierte Prozesse & Verkürzung der Wartezeiten
Bereich, in dem das Projekt läuft	Pneumologie
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2021-2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Ambulantes Operieren am St. Claraspital - Evaluation und Prozessoptimierung

Ziel	effizienter patientenzentrierter Prozess vom Eintritt bis zum Austritt
Bereich, in dem das Projekt läuft	Operative Klinik, Pflege, Fachbereiche
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

onkologische Rehabilitation im neuen Hirzbrunnenhaus

Ziel	Zusammenarbeit mit ZurzachCare als neuer Partner für die onkologische Rehabilitation
Bereich, in dem das Projekt läuft	Tumorzentrum, Med. Klinik, Pflege, Hotellerie, Administration, IT, Team ZurzachCare
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2021-2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Weiterentwicklung des Brustzentrums am Claraspital

Ziel	Weiterentwicklung der "alles aus einer Hand" - Strategie - weitere Stärkung und Hinzunahme der Breast and Cancer Care Nurses für eine optimale Therapieplanung und Betreuung
Bereich, in dem das Projekt läuft	interdisziplinäres Team Brustzentrum
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Optimierte Therapiedisposition Physiotherapie

Ziel	Prozessoptimierung Therapiedisposition Physiotherapie - Ablösung des bestehenden Terminvergabesystems mit zeitgleicher Optimierung der Prozesse zur Therapiedisposition
Bereich, in dem das Projekt läuft	Physiotherapie & IT/Administration
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2022
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

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

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

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

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

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

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

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.

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

Die CIRS-Kommission bearbeitet alle eingehenden Meldungen und trägt damit einen sehr grossen Teil zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess bei. Mitarbeitende wenden sich oft direkt an das CIRS-Team, um Prozesse nochmals zu überprüfen oder zu analysieren bzw. auch anzupassen. Lösungsvorschläge aus dem CIRS werden 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 beider Basel (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 Krebsregister Graubünden und Glarus	Alle	www.ksgr.ch/krebsregister.aspx
KR Ostschweiz Krebsregister Ostschweiz	Alle	ostschweiz.krebsliga.ch/ ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/
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/ Schaffhausen/Schwyz Krebsregister der Kantone Zürich, Zug, Schaffhausen und Schwyz	Alle	www.krebsregister.usz.ch www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/
RNJT Krebsregister Kanton Neuenburg und Jura	Alle	Kantonsregierungen Neuenburg und Jura www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/medecin-cantonal/Pages/Registre-des-tumeurs.aspx#:~:text=Pr%C3%A9sentation.(RJT%20%3A%20cr%C3%A9ation%202006).lescadolles.ch/enseignes/rnjt-registre-neuchatelois-et-jurassien-des-tumeurs
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 (Darmkrebs, Pankreaskrebs und Speiseröhrenkrebs)	Bauch- und Tumorzentrum, Querschnittsbereich, Pflege, QM	2016	2020	Re-Zertifizierung 2023 Erstzertifizierung Speiseröhrenkrebs 2020
Prostatakrebszentrum nach DKG	Operative Klinik, Tumorzentrum, Querschnittsbereiche, Pflege, QM	2019	2019	Re-Zertifizierung erfolgt 2022
Brustzentrum Nordwest nach Q-Label	OP-Klinik, Gynäkologie gemeinsam mit Gesundheitszentrum Fricktal	2021	2021	Gemeinsames Brustzentrum mit Gesundheitszentrum Fricktal Re-Zertifizierung 2025
Brustkrebszentrum nach DKG	Operative Klinik, Gynäkologie	2020	2020	Erstzertifizierung 2020
ISO 9001:2015	Hotellerie, Gastronomie inkl. Rezeption, Reinigung, Hauswirtschaft	2016	2019	Re-Zertifizierung 2022
MDS Center of Excellence	Hämatologie	2021	2021	Internationale MDS Foundation
Qualität in Palliativ Care	Palliativstation	2021	2021	Zertifizierung durch qualité palliativ / Re-Zertifizierung 2027
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	2021	Assessment 2021
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.

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 2021 (CI* = 95%)
	2017	2018	2019	
St. Claraspital				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.48	4.44	4.36	4.38 (4.29 - 4.47)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.74	4.70	4.65	4.67 (4.58 - 4.76)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.68	4.72	4.61	4.61 (4.53 - 4.70)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.66	4.63	4.60	4.55 (4.43 - 4.66)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.25	4.22	4.13	4.22 (4.12 - 4.33)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	93.90 %	91.30 %	91.60 %	90.20 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2021				769
Anzahl eingetroffener Fragebogen	271	Rücklauf in Prozent		35 %

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.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus hat im Jahr 2020 für die Akutsomatik regulär keine Patientenbefragung (ANQ) stattgefunden.

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 sehr gute Ergebnisse aus und die Werte liegen gegenüber den Vergleichsspitälern sowie der entsprechenden BfS-Kategorie besser bzw. ähnlich wie zum Vorjahr.

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 Juni 2021 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten. - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

St. Claraspital

Qualitätsmanagement

Annette Kolb

Leiterin Qualität und Zentrenkoordination

061 685 86 84

qualitaetsmanagement@claraspital.ch

Montag bis Donnerstag

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

Damit wir das Feedback der Angehörigen ebenso aufnehmen und bearbeiten können wie das Patienten- und Patientinnenfeedback, nehmen wir die eingehenden Angehörigen-Rückmeldungen in unser Reportingsystem mit auf und bearbeiten diese gleichwertig.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Wie bei der Bearbeitung des kontinuierlichen Patientenfeedbacks werden die Rückmeldungen von Angehörigen mit ausgewertet und fliessen in das monatliche Qualitäts- und Kennzahlenreporting mit ein.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

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 entsprechend attraktive Arbeitsplätze anbieten.

Aus der Befragung 2019 wurden Verbesserungsmassnahmen evaluiert und die Umsetzung der Massnahmen für 2020 geplant.

Aufgrund der Covid-19-Situation sowie 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 2023.

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

Unsere Zuweiser wurden im Berichtsjahr sehr spezifisch befragt, da eine Veränderung im Berichterstellungsprozess erforderlich wurde. Das primäre Ziel des Projekts "Optimierung ärztliches Berichtswesen" bezog sich hauptsächlich auf Fragen zu den benötigten Informationen der Zuweiser sowie mit welchen Medium diese übermittelt werden sollen.

Diese Zuweiserbefragung wurde sowohl digital als auch papierbasiert durchgeführt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat Januar durchgeführt.

Angeschrieben wurden jene Zuweiser, die in den Jahren 2019 und 2020 jeweils mehr als 5 Zuweisungen (ambulant/stationär) ins Claraspital getätigt haben, exkl. interne Ärzte und Spitäler.

Befragt wurden Zuweiser aus den Kantonen Basel-Stadt, Baselland, Solothurn, Aargau und Jura.

Insgesamt wurden 646 Zuweiser angeschrieben, davon konnten 27 Fragebogen nicht zugestellt werden. Der Rücklauf für dieser Befragung liegt bei 49.0%.

Zu den aktuellen ärztlichen Berichtswesen wird eine Gesamtzufriedenheit von 86.0% ausgewiesen.

Die Mehrheit unserer Zuweiser möchte zu 84.1% die ärztlichen Berichte per HIN-Mail erhalten.

Die Zuweiser befürworten unseren Vorschlag zu einem Servicekontakt für zusätzliche Informationen zu 64.7%.

Nach Austritt möchten 64.3% der Zuweiser die Kurzinformation weiter erhalten.

Die Standardbeilagen zum Bericht werden weiterhin gewünscht.

Die Befragung hat uns bestätigt, dass die Anliegen unserer Zuweiser mit unseren Projektzielen übereinstimmen und diese wie geplant weiter verfolgt werden können.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell 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 im Normbereich liegen und auf der Website des ANQ publiziert sind.

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 monatlich eine Erhebung zu den Wiedereintritten innert 30 Tagen durch. Dabei werden jene Patienten erfasst, die aufgrund einer Komplikation oder einer Verschlechterung der Grunderkrankung wieder ins Spital eingetreten sind.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Auf den Bettenstationen der chirurgischen und medizinischen Fachbereiche werden monatlich die Wiedereintritte ausgewertet.

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 Erfassungsrate der Wiedereintritte 2021 innert 30 Tagen liegt gesamthaft bei 5.4% und damit minim unter dem Vorjahresergebnis (5.5%), jedoch etwas über unserem internen Vorgabesoll von < 5.0% .

Für die Rehospitalisationsraten konnten keine speziellen Ursachen für die gesamthaft- und klinikspezifischen Häufungen gefunden werden. Vielmehr wurde eine Steigerung aufgrund der teilweise sehr komplexen Erkrankungen der Patienten sowie multimorbide und chronisch kranke Patienten mit wiederkehrenden Symptome festgestellt. Zudem hat die Covid-19 bedingte Situation der vergangenen Jahre deutliche Einflüsse auf die Behandlungszahlen der einzelnen Kliniken.

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 2021 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 2020 – 30. September 2021

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. November 2020 bis 1. April 2021

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. November 2020 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitälern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. April 2021 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2020/2021	2020/2021	2017/2018	2018/2019
St. Claraspital						
Blinddarm-Entfernungen	69	1	3.10%	3.30%	1.30%	1.40% (0.00% - 3.40%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	124	11	10.40%	11.50%	9.90%	8.90% (0.30% - 1.20%)
Rektumoperationen	33	2	23.60%	0.00%	28.80%	6.10% (0.00% - 0.90%)

* 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

Durch den Erfassungsunterbruch von November 2020 bis April 2021 liegt die Anzahl der beurteilten Operationen tief. Die erfassten Entitäten sind zu den letzten Jahren unverändert.

In der Messperiode 2020/2021 wurde eine zum Teil deutliche Verbesserung zu den vorherigen Messungen erzielt.

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 und www.lpz-um.eu

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

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/.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. - Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Sturzrate

Auf den Bettenstationen wird jeder Sturz anhand eines Sturzprotokolls erfasst und in den nächsten 24 Stunden vom Pflgeteam evaluiert. Bei Bedarf werden Fachexperte und/oder Pflegeexperte dazu gezogen. Daraus entstehen zeitnahe individuelle Interventionen, um weitere Sturzereignisse zu vermeiden.

In pflegfachlichen Monatsgesprächen zwischen Stationsleitung, Fachexperten und Pflegeexperten wird jeder Sturz gemeinsam besprochen und bei Bedarf entsprechende Interventionen in den Pflgeteams eingeleitet.

Im monatlichen Reporting findet eine Differenzierung von «assisted falls» oder «nicht assisted falls» statt.

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 im Total sowie «ohne assisted falls» abgebildet. Als öffentliche, allgemeingültige Kennzahl wird die Gesamtsturzrate publiziert.

Weiter wird täglich das «Safety Cross» zur Visualisierung der erfolgten Stürze auf der Bettenstation geführt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Sturzereignisse werden auf allen Bettenstationen erfasst, ausgenommen auf der Intensivstation.

Alle Stürze werden pro Monat und Station ausgewertet und ins Verhältnis zu Anzahl Pflgetagen der jeweiligen Station gestellt. Mit jeder Bettenstation ist in Abhängigkeit der Fachrichtung eine stationsbezogene Kennzahl zur Sturzrate vereinbart.

Die Gesamtsturzrate 2021 liegt bei 3.2 auf 70'055 Pflgetage. Damit liegt die Sturzrate gleich wie zum Vorjahr sowie unter unserem internen Vorgabesoll von < 4.0.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Zusammenfassend werden viele Interventionen zur Sturzprävention zeitnah umgesetzt.

Die Abgabe des Informationsflyers zum Thema Sturz sowie wie dessen Erläuterung soll 2022 weiter fokussiert und dokumentiert werden.

Der Einsatz von Meldesystemen erfolgt bei sturzgefährdeten Patienten zeitnah. Die neuen Kognimat-Matratten werden dabei neben den bekannten Meldesystemen erfolgreich eingesetzt und weitere Meldesysteme für Sitzpositionen werden bei Bedarf im Jahr 2022 getestet.

Angaben zur Messung

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

Bemerkungen

Um das Wissen beim Pflegepersonal zu festigen und neue Erkenntnisse weiterzugeben, wird eine Pflichtschulung für neue Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen angeboten und können das erlernte Wissen im "E-Learning Sturz" vertiefen.

Automatisch wird diese E-Learning Schulung alle 4 Jahre den Pflegepersonal zugewiesen.

13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) 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 Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

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/.

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

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). - 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. - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Dekubituserfassung

Auf den Bettenstationen schätzen die Pflegefachpersonen das Dekubitusrisiko bei jedem Patienten ein und jeder Dekubitus wird einmal täglich neu beurteilt. Dadurch werden Interventionen zur Dekubitusprävention individuell und zeitnah eingeleitet und somit eine individuelle Behandlung festgelegt.

Im monatlichen Reporting werden die Kennzahlen zu Dekubitus durch die Dekubituskategorien nach der National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) und der European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) klassifiziert. 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». Für dieses Reporting werden alle Dekubitus, intern sowie extern erworbene, mit Lokalisation und Kategorie vermerkt.

Weiter wird täglich das «Safety Cross» zur Visualisierung der intern erworbenen Dekubitus auf der Bettenstation geführt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

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

Interne Auswertung zur Dekubitus-Inzidenz 2021:

Kategorie 1: 0.29%

Kategorie 2: 0.56%

Kategorie 3: 0.01%

Kategorie 4: 0.0%

Kategorie «keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»: 0.0%

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

Die Gesamtinzidenz zeigt sich mit 1.1% ähnlich zum 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 Dekubitus evaluiert und ggf. Massnahmen für die jeweilige Bettenstation vereinbart.

Bei zusätzlichem Bedarf werden die Pflegeexperten involviert, welche eine Behandlung und/oder das Zuziehen der Wundberatung empfehlen und die Pflegefachpersonen im Prozess begleiten/unterstützen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Bemerkungen

Die Abgabe eines Flyers zum Thema Dekubitus sowie die Begründung und Beratung zu Lagerungsmassnahmen dürfen weiterhin fokussiert und vertieft werden.

Um das Wissen bei den Pflegenden zu festigen und neue Erkenntnisse weiterzugeben, finden die jährlichen Pflegeschwerpunkttag statt zu den Themen Dekubitus und Dekubitusprophylaxe sowie Wundmanagement.

Zusätzlich wird im Herbst 2022 ein E-Learning zum Thema Dekubitus erstellt werden.

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Zufriedenheitsmessung Hotellerie

Die Hotellerie führt viermal pro Jahr Zufriedenheitsbefragungen bei den stationären Patienten durch und je einmal pro Jahr wird die Zufriedenheit im Café Chiara sowie im Personalrestaurant erhoben.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 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 2021 weist eine Gesamtzufriedenheit von 95.0% aus und hat den internen Sollwert von 88.0% übertroffen.

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

Zufriedenheitsergebnisse:

- Patientenbegleitung bei Eintritt in das Spital: 96.5%
- Zimmerreinigung: 93.7%
- Wäschequalität: 96.1%
- Café Chiara: 93.6%
- Essensbestellung: 97.7%
- Essensangebot: 96.0%
- Präsentation des Essen: 96.5%
- Geschmack des Essen: 93.0%
- Temperatur des Essen: 89.6%

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das Gesamtergebnis weist mit 95.0% eine sehr hohe Zufriedenheit in der Hotellerie aus und konnte den Zufriedenheitswert zudem gegenüber dem Vorjahr (92.7%) steigern.

Trotz strenger Besuchsregelungen aufgrund Corona und verkürzten Öffnungszeiten sowie eingeschränkten Angeboten zeigten sich die Besucher mit dem Café Chiara sehr zufrieden.

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 Harmonisierung der Terminvergabe durch Einführung eines neuen Planungssystems

Projektart:

- operatives Prozess- und Digitalisierungsprojekt

Projektziel:

- Alle Patiententermine in einem Planungssystem (Ambulanztermine, Diagnostiktermine, OP-Planung und Bettendisposition) für einen optimalen Patientenprozess inklusive der Möglichkeit, dass Patienten und Zuweiser selbst Termine einbuchen können.

Projektablauf:

- Pilotierung erfolgte 2021 in einzelnen Fachabteilungen, ab 2022 schrittweise Einführung und Integration in weiteren Abteilungen, geplanter Abschluss in 2023.

Involvierte Berufsgruppen:

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

18.1.2 Ambulantes Operieren

Projektart:

- operatives Prozessprojekt

Projektziel:

- Die Wartezeit für die Patienten ist minimal.
- Die zur Verfügung stehenden Kapazitäten und Ressourcen sind adäquat ausgelastet bzw. genutzt.
- Die Prozesse in den verschiedenen ambulant operierenden Fachbereichen sind einheitlich.

Projektablauf:

- Ist-Analyse
- Konzeptionsphase: Ableiten von Handlungsoptionen / Soll-Definition
- Umsetzung und Einführung

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte, Pflege, OP- und Anästhesieteam, Case Management & Bettendisposition, Administration

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

18.2.1 ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)

Projektart:

- operatives Projekt mit Fokus auf verbesserten Patienten-Outcome (bessere und raschere Erholung nach kolorektalen Eingriffen)

Projektziel:

- Reduktion nicht-chirurgischer Komplikationen
- Reduktion der Hospitalisationsdauer
- Patientenzufriedenheit über Spitalaufenthalt hinaus

Projektablauf:

- Konzeption nach ERAS® (Enhanced Recovery After Surgery in 2020)
- Pilotierung und Einführung in 2021
- Involvierte Berufsgruppen: Ärzte, Pflege, Case Management, Administration

Projektevaluation:

- Evaluation über standardisiertes Auditverfahren: Erreicht wurden eine signifikante Reduktion der Verweildauer nach ERAS- Empfehlung sowie eine hohe Patientenzufriedenheit (Höchstwerte) im Follow-Up Kontakt 30 Tage nach Austritt.

18.2.2 Zertifizierung Palliativstation nach qualitépalliative

Projektart:

- operatives Qualitätsprojekt

Projektziel:

- Einhaltung der multiprofessionellen Qualitätsstandards in der Betreuung von palliativen Patienten
- Sicherung des kantonalen Leistungsauftrages
- Effiziente interdisziplinäre und multiprofessionelle Prozesse

Projektablauf:

- Ist-Analyse, Definition und Standardisierung von Prozessen im multiprofessionellen Team

Berufsgruppen:

- Ärzte, Pflege, Therapeuten, Sozialdienst, Seelsorge

Projektevaluation:

- erfolgreiche Zertifizierung nach den Standards der qualitépalliative im November 2021

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung Uroonkologisches Zentrum

Projektart:

- strategisches Qualitätsprojekt

Projektziel:

- 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 Interdisziplinäres Beckenbodenzentrum

Projektart:

- strategisches Qualitätsprojekt

Projektziel:

- Etablierung des Beckenbodenzentrums in der Region durch eine Zertifizierung nach der Deutschen Kontinenz Gesellschaft
- Effiziente interdisziplinäre und multiprofessionelle Prozesse

Projektablauf:

- Konzeption nach den Vorgaben der dt. Kontinenz Gesellschaft und Vorbereitung der Zertifizierung

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte aus den entsprechenden Fachdisziplinen, Pflege, Therapeuten, Case Management, QM, Administration

19 Schlusswort und Ausblick

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 in den letzten zwei Jahren, die durch die COVID-19-Pandemie geprägt wurden, aufrechterhalten konnten.

Das St. Claraspital wird seine Bautätigkeiten in 2022 abschliessen und setzt damit in allen interventionellen Bereichen auf neueste Technik und hochmoderne Räumlichkeiten. Ein hochmoderner OP-Betrieb, neue Diagnostikmöglichkeiten in der Radiologie und Nuklearmedizin sowie eine moderne Infrastruktur in der Intensivmedizin, Kardiologie und Notfallmedizin sorgen für die Erfüllung der medizinischen Qualitätsansprüche auf höchstem Niveau.

Kooperationen werden auch in Zukunft deutlich mehr an Bedeutung gewinnen. Die erfolgreiche Entwicklung des universitären Bauchzentrums Clarunis zeigt, dass Kooperationen zielgerichtet im Sinne der Qualitätsentwicklung für die Patientinnen und Patienten eingesetzt werden können. Seit 2021 ist das Claraspital einziger Standort für Speiseröhreneingriffe in der Nordwestschweiz und gemeinsam mit Clarunis weiterhin sehr erfolgreich in der hochspezialisierten Bauchchirurgie.

Der Start einer internistisch-onkologischen Rehabilitation am Standort Claraspital durch ZURZACHCare in 2022 wird den Anspruch, eine ganzheitliche Patientenversorgung am St. Claraspital anzubieten, weiter stärken und in diesem Sinne freut sich das Claraspital sehr auf diese neue und intensive Zusammenarbeit.

Auch in 2022 werden wir weiter an der zunehmenden Digitalisierung von Spitalprozessen arbeiten und neue technologieunterstützte Lösungen für Patienten und Zuweiser entwickeln und einsetzen.

Unsere Partner in der St. Clara Gruppe fördern unseren Anspruch, ganzheitlich zu agieren und innovativ voranzuschreiten.

Erwähnenswert sind hierbei vor allem die St. Clara Forschung AG sowie das Begegnungszentrum CURA.

Die St. Clara Forschung AG konnte sich in 2021 erfolgreich weiterentwickeln: Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) hat das Claraspital Basel 2021 zum SAKK-Zentrum gewählt. Damit wird insbesondere anerkannt, dass sich das Tumorzentrum des Claraspitals seit Jahren zum Vorteil der Patientinnen und Patienten aktiv an der patientenbezogenen Forschung beteiligt. Gleichzeitig setzt sich die St. Clara Forschung AG sehr stark für Forschungsvorhaben im Zusammenhang mit Stoffwechselerkrankungen ein und setzt hier, gemeinsam mit dem ausgezeichneten Referenzzentrum für bariatrische und metabolische Chirurgie, wertvolle Forschungsprojekte und -impulse um.

Das Begegnungszentrum CURA konnte seit Eröffnung im Januar 2020 bereits den 8000-ten Besuch in seinen Räumlichkeiten begrüssen und bietet damit für chronisch Kranke als auch Angehörige ein niederschwelliges und reichhaltiges Betreuungsangebot an, was uns als Claraspital sehr freut und in unserer Strategie der nachhaltigen Patientenbetreuung stärkt.

Wir legen weiter grossen Wert auf eine erfolgreiche und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern, Zuweisern und nachgelagerten Institutionen und werden diese auch in den nächsten Jahren nachhaltig pflegen und intensivieren.

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.