

st Claraspital

In besten Händen.

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2018
Peter Eichenberger, Direktor

Version 1

St. Claraspital

www.claraspital.ch



Akutsomatik

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 2017.

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.

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 2017

Dr. phil.
Gabriele Hlavacek
Leiterin Qualitätsmanagement
061 685 61 81
gabriele.hlavacek@claraspital.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

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

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

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

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor 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 2017	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	9
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	11
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	22
QUALITÄTSMESSUNGEN	23
Befragungen	24
5 Patientenzufriedenheit	24
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	24
5.2 Eigene Befragung	26
5.2.1 Mecon-Befragung	26
5.3 Beschwerdemanagement	27
6 Angehörigenzufriedenheit	28
6.1 Eigene Befragung	28
6.1.1 Feedback von Angehörigen	28
7 Mitarbeiterzufriedenheit	29
7.1 Eigene Befragung	29
7.1.1 Mitarbeiterbefragung	29
8 Zuweiserzufriedenheit	30
8.1 Eigene Befragung	30
8.1.1 Zuweiserbefragung	30
Behandlungsqualität	31
9 Wiedereintritte	31
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	31
9.2 Eigene Messung	32
9.2.1 Wiedereintritte innert 30 Tagen	32
10 Operationen	33
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	33
11 Infektionen	34
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	34
12 Stürze	36
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	36
12.2 Eigene Messung	37
12.2.1 Sturzrate	37
13 Wundliegen	38
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	38
13.2 Eigene Messungen	40

13.2.1	Dekubitusserfassung	40
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15	Psychische Symptombelastung	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17		
	Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
18	Projekte im Detail	41
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	41
18.1.1	Projektportfoliomanagement	41
18.1.2	Digitalisierung Medikationsprozess	42
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	43
18.2.1	Beckenbodenzentrum	43
18.2.2	Stationäres Casemangement.....	43
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	43
18.3.1	Zertifizierung Prostatazentrum nach DKG	43
18.3.2	Aufrechterhaltung der Zertifizierungen	43
19	Schlusswort und Ausblick	44
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	45
	Akutsomatik	45
	Anhang 2	
	Herausgeber	47

1 Einleitung

Das Claraspital ist ein privat geführtes Akutspital mit Chefarztsystem, steht allen Patienten offen und bekennt sich zu den christlichen Werten seiner Trägerschaft, den [Ingenbohler Schwestern](#).

Das Claraspital zeichnet sich durch seine medizinische Kompetenzen und hervorragende Betreuung aus. Die Ausrichtung liegt bei unseren Schwerpunkten, dem Bauch- und Tumorzentrum sowie den Spezialisierungen Allgemeine Innere Medizin/Endokrinologie, Kardiologie, Pneumologie, Urologie und Gynäkologie/Gynäkologische Onkologie.

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

Unser interdisziplinäres Bariatrisches Zentrum wurde 2017 als zweites Zentrum in der Schweiz von der Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) erfolgreich auditiert und als Referenzzentrum für Adipositas anerkannt.

Im Bereich der roboter-assistierten Viszeralchirurgie hat das Claraspital eine Vorreiterrolle übernommen und wurde zum Referenzzentrum für hochspezialisierte minimalinvasive da Vinci XI® Viszeralchirurgie ernannt. Schweizweit ist das Claraspital das erste da Vinci XI® Referenzzentrum und europaweit eines der wenigen Zentren.

Aufgrund der erreichten hohen Fallzahlen in der hochspezialisierten Bauchchirurgie, erhielt das Claraspital den Zuschlag vom nationalen Beschlussorgan für hochspezialisierten Medizin bei allen fünf HSM-Eingriffen (Bariatric, Ösophagus, Pankreas, Leber und Rektum) und besitzt somit die Bewilligung zur Durchführung dieser Eingriffe in den nächsten Jahren. Das Viszeralonkologische Zentrum ist mit den Bereichen Darm- und Pankreas in 2017 erneut erfolgreich durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) auditiert worden.

Das Claraspital trägt den Titel eines „Universitären Lehr- und Forschungsspital der Universität Basel“ und setzt sein jahrelanges Engagement in der Ausbildung von Assistenzärzten und -ärztinnen fort. Die Abteilung Forschung und klinisches Datenmanagement hat sich gut etabliert und wird weiter ausgebaut.

Das Claraspital pflegt eine erfolgreiche und partnerschaftliche Zusammenarbeit, die vor allem durch Kooperationen auf Leistungserbringerebene unterstützt wird. So ist ein gemeinsames Bauch- und Tumorzentrum mit dem Gesundheitszentrum Fricktal und ein gemeinsames Bauchzentrum mit dem Hôpital du Jura in Delémont entstanden. Ende 2017 konnte auch die Zusammenarbeit für ein gemeinsames Bauchzentrum mit der Clinica Luganese Moncucco gestartet werden. Im Bereich Onkologie findet eine engere Zusammenarbeit mit der Klinik Arlesheim statt.

Das Claraspital erbringt seiner Strategie entsprechend 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. Durch unsere Orientierung an den Qualitätsvorgaben auf allen Ebenen versuchen wir unsere übergeordneten Ziele zu erreichen.

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

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

Das Claraspital hat 2017 die Überwachungsaudits für das Gesamtspital nach ISO 9001:2015 sowie für das Viszeralonkologische Zentrum nach DKG mit Darm- und Pankreaskrebszentrum erfolgreich absolviert.

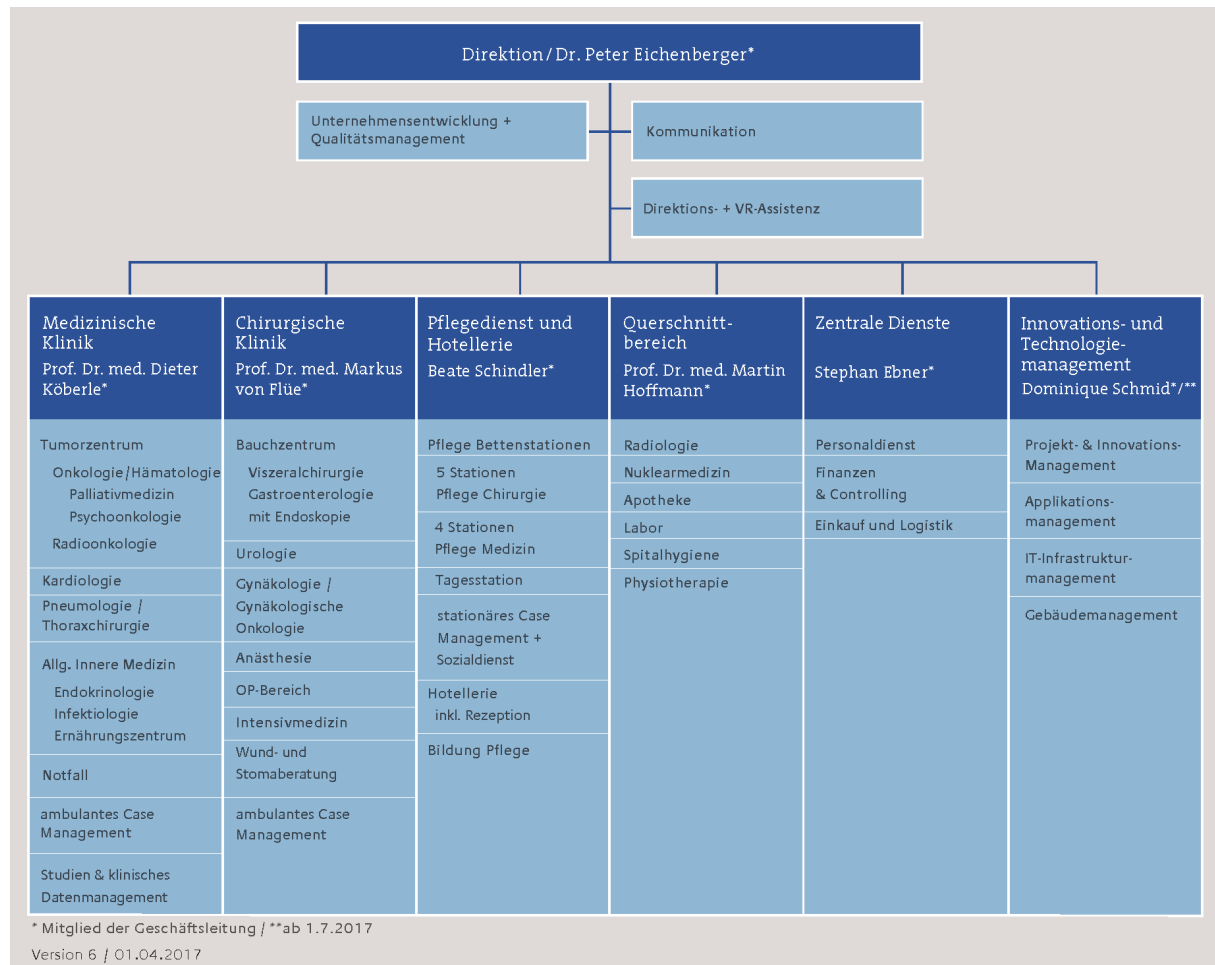
2017 konnte die erste Bauetappe mit der Inbetriebnahme der neuen Küche, der Kapelle, den zusätzlichen Garderoben, des neuen Cafés sowie Eingangsbereichs abgeschlossen werden. Ende Jahr haben an der Ostseite die Bauarbeiten zum Ersatzneubau begonnen.

Die Entwicklungen und Anforderungen im Gesundheitswesen, sei es von Bund oder Kanton, steigen 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



Der Verwaltungsrat hat im Dezember 2016 eine Anpassung der organisatorischen Bereiche der St. Clara AG bzw. des Claraspitals beschlossen, die ab 1. April 2017 in Kraft getreten ist. Diese Anpassung bezieht sich auf den neuen Bereich Innovations- und Technologiemanagement (ITM) um den zunehmenden Herausforderungen in der Digitalisierung gerecht zu werden sowie die Stabstelle Qualitätsmanagement, die gemäss dem neuen Organigramm zu einer Stabseinheit Unternehmensentwicklung und Qualitätsmanagement erweitert wurde und weiterhin dem Direktor untersteht.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

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

3 Qualitätsstrategie

Die Qualitätsstrategie und Qualitätsziele werden vom Verwaltungsrat und der Geschäftsleitung jährlich geprüft.

Planmässig wurde die Strategie 2017 zudem vom Verwaltungsrat vertieft analysiert. Dieser Strategieprozess wird im 1. Quartal 2018 abgeschlossen sein.

Eckpunkte der Strategie sind:

Das Claraspital ist ein gemeinnützig privat geführtes Akutspital mit Chefarztsystem und ist ein unverzichtbarer Teil der Gesundheitsversorgung in der Nordwestschweiz.

Das Claraspital bietet exzellente Leistungen in seinen Schwerpunkten als Bauch- und Tumorzentrum sowie in den Spezialitäten und den Querschnittsleistungen. Das Claraspital betreibt eine Notfallstation.

Im Zentrum der Bemühungen steht der Mensch. Das Claraspital betreut alle Patienten dank seiner hochstehenden medizinischen und pflegerischen Qualität in einer Atmosphäre des Vertrauens und der Geborgenheit. Unsere Aufmerksamkeit gilt dabei auch den Anliegen der Angehörigen.

Das Claraspital nimmt seine universitäre Ausbildungsfunktion sowie seine Funktion in der ausseruniversitären Weiterbildung wahr.

Wichtige Steuerungsgrössen und Qualitätsindikatoren werden in der Unternehmensplanung festgelegt sowie die übergeordneten Zielsetzungen zur Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, zu Prozessen und Finanzen definiert.

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

- Überwachungsaudit Gesamtpital ISO 9001:2015
- Überwachungsaudit Viszeralonkologisches Zentrum mit Darmkrebs- und Pankreaskrebszentrum nach DKG
- Erhebung der Patientenzufriedenheit
- Weiterentwicklung der Sicheren Medikation und Patientensicherheit
- Erstellung eines Qualitätshandbuches zur neuen Strahlenschutzgesetzgebung
- Umsetzung der Empfehlungen aus dem Compliance-Assessment 2016

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

- Erfolgreiches Überwachungsaudit Gesamtpital ISO 9001:2015
- Erfolgreiches Überwachungsaudit Viszeralonkologisches Zentrum mit Darmkrebs- und Pankreaskrebszentrum nach DKG
- Durchführung einer anonymen Patientenbefragung
- Sichere Medikation: Richt- und Lagerbewirtschaftungsprozess auf vier Stationen pilotiert
- Projektstart Digitalisierung Medikationsprozess
- Weiterentwicklung Stationäres Casemanagement
- Handbuch zur Strahlenschutzgesetzgebung wurde erstellt
- Eine Compliance-Policy sowie Verhaltenskodex wurde erstellt und Compliance verstärkt in den Arbeitsalltag integriert.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Aufrechterhaltung der Zertifizierung des Gesamtpitals nach ISO 9001:2015
- Aufrechterhaltung der Zertifizierung als Viszeralonkologisches Zentrum mit einem Darm- und Pankreaskrebszentrum nach DKG
- Weitere Organzentrenzertifizierungen (Prostata)
- Prozessoptimierungen bzw. Neugestaltung von Prozessen (z.B. durch zunehmende Ambulantisierung)
- Weiterentwicklung von wichtigen Kooperationen auf Leistungserbringerseite
- Stärkung des Leistungsangebotes
- Umsetzung des Masterplans: Um- und Neubau
- Umsetzung von Vorgaben seitens Bund und Kanton
- Nachweise der geforderten Qualitätsindikatoren erbringen (ANQ, Kanton BS, Bund)

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung der Umsetzung von Massnahmen zur Medikationssicherheit

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

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

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Zertifizierung nach ISO 9001:2015

Ziel	Zertifizierung des Gesamtspitals nach ISO Norm
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016-2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Evaluation Aktivität / Projekt	Das erste ISO-Überwachungsaudit wurde 2017 erfolgreich und ohne Auflagen absolviert.

Zentren-Zertifizierung nach der Deutschen Krebsgesellschaft DKG

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

Vorbereitung Zertifizierung Prostatazentrum

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

Projektportfolio-Management

Ziel	Optimierung der Projektorganisation
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Geschäftsleitung
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017-2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Optimierung der Gesamtorganisation zu den strategischen, bereichsübergreifenden und -spezifischen Projekten
Involvierte Berufsgruppen	Direktion, Ärzte, Pflege, Administration, Querschnittbereiche, IT, QM

Patientensicherheit

Ziel	Weiterentwicklung und Förderung der Sicherheitskultur sowie der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2010
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Optimierung der Patienten- und Medikamentensicherheit im Haus
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinäres Projektteam
Evaluation Aktivität / Projekt	Der Schwerpunkt liegt im Bereich Arzneimittelsicherheit sowie der Sicherheit in Prozessen der Patientenidentifikation und Patientenbehandlung. Das Projekt Sichere Medikation/Richtprozess wurde auf den Stationen erfolgreich vorangetrieben. Im Rahmen einer Pilotphase wurde auf ausgewählten Stationen die Lagerbewirtschaftung der Stationsapotheken und der Richtprozess von Medikamenten an Pharma-Assistenten übertragen.
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie Sichere Medikation, Konzept Medikamenten- und Patientensicherheit im Claraspital

CIRS - Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Ziel	Optimierung des Umgangs mit kritischen Zwischenfällen und des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2007
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Vermeidung von patientenbezogenen Zwischenfällen
Methodik	Erfassung kritischer Zwischenfälle, Bearbeitung durch CIRS-Kommission - Definieren von Verbesserungsmassnahmen
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Der Prozess wurde 2016 überarbeitet und die Umsetzung der Erfassung, Auswertung, Reporting etc. in einem neuen Tool wurde 2018 umgesetzt.
Weiterführende Unterlagen	Richtlinie zum Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Ethikforum Claraspital

Ziel	Unterstützung der Mitarbeitenden in ethischen Fragestellungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Kliniken, Pflege
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015-2017, 2018 Roll-out
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Hilfestellung für Entscheidungen in der Patientenbehandlung
Methodik	Fallbesprechungen mit geschulten Ethikexperten
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflegende und weitere an der Behandlung beteiligte Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Fallbesprechungen werden evaluiert
Weiterführende Unterlagen	Konzept, Leitlinie, Evaluationsbögen, Schulungsmaterial

Compliance-Management

Ziel	Sensibilisierung aller Mitarbeitenden zur Compliance
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Förderung und Stärkung der Compliance im Claraspital
Methodik	Überprüfung der Einhaltung von gesetzlichen sowie internen Vorgaben
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Bericht an Geschäftsleitung und Verwaltungsrat
Weiterführende Unterlagen	Compliance-Policy, Verhaltenskodex

Datenschutz

Ziel	Einhaltung des Datenschutzes im Haus
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Sensibilisierung zum Umgang mit besonders schützenswerten Daten
Methodik	Überprüfungen zur Einhaltung des Datenschutzes in verschiedenen Bereichen
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Weiterführende Unterlagen	Gesetzliche Vorgaben, interner Datenschutzleitfaden

Zuweisermanagement

Ziel	Zufriedenheit unserer Zuweiser
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Zuweisergewinnung und -bindung
Methodik	Fortbildungen und Veranstaltungen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Direktion, Kommunikation und Zuweiser
Evaluation Aktivität / Projekt	Fortbildungen und Veranstaltungen, Befragungen
Weiterführende Unterlagen	Zuweisermanagement Bericht 2017

Patientenzufriedenheit - interne Patientenrückmeldungen

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

Händehygiene compliance

Ziel	Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Erhöhung der Patientensicherheit
Methodik	Erfassung der Händehygiene
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Evaluation erfolgt durch die Verbrauchsmessung der Händedesinfektionsmittel und über Begehungen. Teilnahme am bi-kantonalen Aktionstag zur Händehygiene, initiiert vom Gesundheitsdepartment Basel-Stadt für die Spitäler beider Basel.
Weiterführende Unterlagen	Hygiengerichtlinien

Erfassung des Ernährungsstatus

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

Kennzahlenreporting

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

Verbesserungs- und Vorschlagwesen

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

Schulungen/Weiterbildungen

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

Interne Audits

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

Bemerkungen

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 ein CIRS im Jahr 2007 eingeführt.

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

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

Bemerkungen

Alle CIRS-Meldungen werden in der CIRS-Kommission bearbeitet, bei Bedarf weiter abgeklärt und wenn nötig Massnahmen initiiert. In den Qualitätskommissionssitzungen wird regelmässig zum CIRS berichtet. Die vom CIRS-Team eingeleiteten Massnahmen werden via internes Verbesserungssystem weitergeleitet und somit zur Umsetzung gebracht.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	seit Beginn der Erhebung
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2011
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	Viszeralchirurgie seit 2010, HSM A: seit 2011
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2006
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	wird gemeldet
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	Universität Zürich http://ibdcohort.ch/	seit Beginn der Erhebung
SIOLD SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch	2003
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	2011

Swiss PH Registry Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch	2002
SwissNET Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET swissnet.net	Meldung NET seit 2014
KRBB Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft	Alle	www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/krebsregister-beider-basel/	1969
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	seit August 2016

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2015	Gesamtspital	2016	2016	Erst-Zertifizierung nach ISO Norm, davor zertifiziert nach sanaCERT von 2004-2015
Viszeralonkologisches Zentrum nach DKG (Darm- und Pankreaszentrum)	Chirurgie und Medizin, Querschnittsbereiche, Pflege, QM	2016	2016	Erst- Zertifizierung Viszeralonkologisches Zentrum
QUALAB	Labor	2014	2017	4x jährlich

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
St. Claraspital	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.41 (4.33 - 4.49)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.67 (4.59 - 4.76)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.72 (4.64 - 4.79)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.61 (4.50 - 4.71)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.21 (4.11 - 4.31)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	91.20 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert. 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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Auswertung weist im Vergleich mit den Ergebnissen der Gesamtspitäler und der BfS-Kategorie auf ein sehr gutes Ergebnis hin.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

St. Claraspital

Anzahl angeschriebene Patienten 2016	539		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	335	Rücklauf in Prozent	62.2 %

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Mecon-Befragung

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

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

Der Fragebogen von Mecon umfasst 32 Fragen und ist in 15 Kriterien gegliedert. Diese werden in 5 Bereiche eingeteilt: Ärzte, Pflege, Organisation, Hotellerie (Essen und Wohnen) und Öffentliche Infrastruktur. Die Berechnung der Zufriedenheit erfolgt unter Verwendung von Gewichtungsfaktoren, die von Patienten selbst ausgearbeitet wurden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die Patientenbefragung wird in allen Abteilungen durchgeführt.

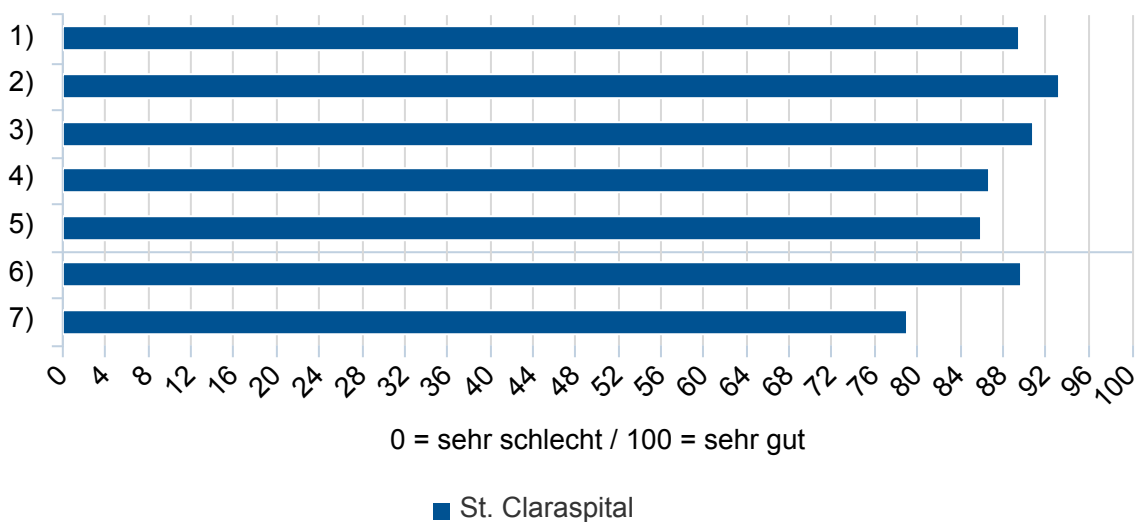
Monatlich werden jeweils 163 stationäre Patienten angeschrieben, ausser im Monat September, da in diesem Zeitraum die Nationale Patientenbefragung ANQ durchgeführt wird.

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

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

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



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
St. Claraspital	89.50	93.20	90.80	86.70	85.90

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
St. Claraspital	89.70	79.00	910	51.00 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Gesamtzufriedenheit konnte gegenüber dem Vorjahr auf hohem Niveau gehalten werden. Betrachtet man die Weiterempfehlung als Gradmesser der Zufriedenheit, so würden 90.0% der Befragten das Claraspital auf jeden Fall und weitere 7.9% sicher weiterempfehlen.

In den Bereichen Ärzte, Pflege und Essen konnte gegenüber dem Vorjahr eine Verbesserung erzielt werden, ausgenommen im Bereich Öffentliche Infrastruktur. Diese gesamthafte schlechtere Bewertung der Öffentlichen Infrastruktur ist einerseits auf unsere Um- und Neubautätigkeit zurückzuführen und andererseits auf die öffentlichen Strassenbauarbeiten, die eine verkehrstechnische Erreichbarkeit unseres Spitals massiv erschwert haben.

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

Es wird im Claraspital keine gezielte Angehörigenbefragung durchgeführt. Angehörige haben ebenso wie Patienten die Möglichkeit unser Feedbackformular zu nutzen, um ihre Anliegen mitzuteilen. Die Anfragen werden alle bearbeitet und beantwortet.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Gesamtes Spital

Alle eingehenden Feedbackformulare von Angehörigen werden abgeklärt und beantwortet.

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

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Feedbackformular
---	------------------

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung

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

Die für 2018 geplante Mitarbeiterbefragung wurde auf 2019 verschoben, um in die Befragung Ergebnisse aus den 2018/2019 durchgeführten Workshops zur Unternehmenskultur miteinfließen zu lassen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2014 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2019.

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

Das Claraspital legt grossen Wert auf eine gute Zusammenarbeit mit unseren zuweisenden Ärzten. Ihre Zufriedenheit mit unserem Spital ist uns sehr wichtig. Damit wir die Bedürfnisse, Hinweise und Anregungen unser Zuweiser erfahren, führen wir regelmässig eine Befragung durch.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2019.

Im Befragungszeitraum wurden 571 Zuweiser angeschrieben, die mindestens 5 Patienten stationär ins Claraspital zugewiesen haben.

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

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

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

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

Begründung

Das Claraspital verzichtet auf eine Publikation, da das Ergebnis zur Erhebung der Potentiell vermeidbaren Rehospitalisation auf der Website des ANQ im Herbst publiziert wird.

Das Claraspital erhebt intern die Wiedereintrittsrates innert 30 Tagen.

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

9.2 Eigene Messung

9.2.1 Wiedereintritte innert 30 Tagen

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

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

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

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

Die Wiedereintritte 2017 im Claraspital liegen bei 4.8% und damit unter unserem internen Vorgabesoll von < 5.0%. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Wert stabil geblieben.

Einige Fachbereiche konnten sich trotz steigender Zahlen von Wiedereintritten prozentual zu den Austritten verbessern. Dennoch wurden die möglichen Ursachen für Häufungen bei den Wiedereintritten überprüft.

Bei der Überprüfung der Wiedereintritte zeigt sich, dass es schnell aufgrund der therapeutisch bedingten Komplikationen durch z.B. Chemotherapien zu vermehrten Wiedereintritten kommen kann, zumal diese Wiedereintritte dort zugunsten des Wohlbefindens der Patienten bei uns eher grosszügig gehandhabt werden. Dieses Jahr wurden viele ältere Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen behandelt und bei neuen Beschwerden, die rezidivierend und gehäuft in kurzen Abständen aufgetreten sind, wieder rehospitalisiert.

Ebenso benötigten Patienten mit komplexen palliativen Krankheitssituationen häufigere Rehospitalisationen. Auch wurden Patienten aufgrund ihrer Multimorbiditäten direkt wieder aufgenommen.

Ein Schwerpunkt im Claraspital ist das Tumorzentrum inkl. Palliativabteilung.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Die Daten werden im KIS erfasst und monatlich ausgewertet

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

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.

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

Begründung

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

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

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

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %		adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2015	2016	
St. Claraspital					
Gallenblasen-Entfernungen	150	2	0.80%	1.10%	2.20% (0.00% - 4.50%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	212	18	3.60%	4.50%	8.60% (4.80% - 12.40%)
Rektumoperationen	71	8	5.20%	19.20%	11.00% (3.70% - 18.30%)

* 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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Auswertungen zu den erhobenen Swissnoso Wundinfekten zeigen für das Claraspital ein sehr gutes Ergebnis.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
St. Claraspital				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	10	7	2	3
In Prozent	5.50%	4.30%	1.10%	1.10%
Residuum* (CI** = 95%)				-0.5 (-1.26 - 0.25)

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** 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.

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Sturzrate lag am Stichtag bei 1.1% und damit im gleichen Rahmen wie im Vorjahr.

Massnahmen:

- Monatliches Reporting
- Kontinuierliche Evaluation der Stürze durch dipl. Pflege- und Fachexperten sowie die Einleitung geeigneter Massnahmen
- Pflegefachaudits zum Thema Sturz werden weitergeführt
- Mehrmals jährlich Fortbildungen zum Thema Sturz und Sturzprophylaxe, 80% der Mitarbeitenden sind geschult
- Neue Mitarbeiter werden innerhalb der ersten Monate geschult
- Informationsflyer zu Sturz wurde erstellt und implementiert
- Edukation der Patienten

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
St. Claraspital			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	225	Anteil in Prozent (Antwortrate)	78.20%

Bemerkungen

Mit jeder Bettenstation ist in Abhängigkeit der fachlichen Schwerpunkte eine stationsbezogene Sturzrate vereinbart.

Im Rahmen der jährlichen nationalen ANQ Prävalenzmessung Sturz findet eine regelmässige Sensibilisierung zum Thema Sturz statt.

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Sturzrate

Erfassung eines Sturzereignisses während des Spitalaufenthalts.

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Erfassung der Stürze findet auf allen Bettenstationen statt.
Die Erfassung findet nicht auf der Intensivmedizin statt.

Die interne Erfassung der Sturzrate auf allen Bettenstationen weist einen Sturzrate (Anzahl Stürze auf 1000 Pflagetagen) von 3.5 auf 74'563 Pflagetagen (ohne Intensivmedizin) aus.

Diese Sturzrate liegt tiefer als im Vergleich zum Vorjahr (3.9) und unter unserem Vorgabesoll von 4.9.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzprotokoll

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
St. Claraspital						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	2	3	1	5	0.60%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)				-0.26 (-1.19 - 0.66)	-

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** 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.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
St. Claraspital			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	225	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	78.20%

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Dekubituserfassung

Auf den Bettenstationen wird von den Pflegefachpersonen das Dekubitusrisiko bei jedem Patienten eingeschätzt und regelmässig neu beurteilt. Jeder dekubitusgefährdeter Patient erhält eine Dekubitusprophylaxe, die eine Entstehung verhindern soll.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Die interne Dekubituserfassung findet auf den Bettenstationen statt.

Die interne Erfassung und Auswertung weist für 2017 folgende Inzidenz aus:

Kategorie 1-4: 0.8%

Kategorie 2-4: 0.4% auf 13'153 behandelte Fälle

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Auswertung zeigt ein sehr gutes Ergebnis. Die Inzidenz liegt im Vergleich zum Vorjahr ähnlich, es wurden jedoch 2017 mehr Fälle behandelt. Das Ergebnis liegt deutlich unter unseren Vorgabesoll für das Gesamtspital.

Mit jeder Bettenstation wird in Abhängigkeit der Fachrichtung eine stationsbezogene Kennzahl zu Dekubitusinzidenz vereinbart.

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 Projektportfoliomanagement

Projektportfoliomanagement

Ziele

- Gesamtorganisation der Projekte unter einem Dach
- Projektleiter haben einen zentralen Ansprechpartner und werden durch entsprechende Leitfäden sowie interne und externe Experten unterstützt.
- Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung werden im Projektmanagement klar definiert und konzentriert

Projekttablauf

- IST-Analyse
- Interviews mit Geschäftsleitungsmitgliedern
- Durchführung von Workshops auf Ebene Geschäftsleitung
- Definition der neuen Projektorganisation

Involvierte Berufsgruppen

- Direktion, Ärzte, Pflege, Administration, IT, QM, Querschnittsbereiche

Umsetzung

- Nach Erarbeitung mit der Geschäftsleitung wird ab Mitte 2018 eine Gesamtprojektliste vorliegen, die die Priorisierung, Dringlichkeit und Ressourcen im Rahmen von Projekten berücksichtigt. Anhand dieser Liste werden Projekte in Zukunft gesteuert und überwacht. Das Projektreporting wird monatlich auf Ebene Geschäftsleitung stattfinden.
- In einem zweiten Schritt werden die entsprechenden begleitenden Dokumente und Hilfsmittel erstellt und die Mitarbeiter entsprechend geschult.

18.1.2 Digitalisierung Medikationsprozess

Digitalisierung Medikationsprozess

Ziele

- Dokumentation des gesamten ambulanten und stationären Medikationsprozesses
- Eliminierung nicht digitalisierter Prozessschritte zur Erhöhung der Patientensicherheit

Projektablauf

- Evaluation des IST-Zustandes
- Darstellung des Soll-Ablaufs
- Prüfung der technischen Möglichkeiten
- schrittweise Umsetzung

Involvierte Berufsgruppen

- Apotheker, Pflegepersonal, ärztl. Personal, IT, QM

Projektelevaluation

- Evaluation erfolgt mit regelmässigen Reportings in der Geschäftsleitung

Umsetzung

- Erfolgt schrittweise ab 2019

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Beckenbodenzentrum

Beckenbodenzentrum

- Bündelung der medizinischen Kompetenz zur Behandlung von Krankheiten am Beckenboden und Enddarm
- Komplettierung des medizinischen Angebots im Bauchzentrum
- Interprofessionelle Zusammenarbeit aller relevanter Bereiche in diesem Kontext z.B. Physiotherapie, Urologie, Gynäkologie, Viszeralchirurgie, etc.

18.2.2 Stationäres Casemangement

Stationäres Casemanagement

- Optimierter stationärer Aufenthalt von der Aufnahme bis zur Entlassung ohne ablaufbedingte Verzögerungen, inkl. Erstellung von Tagesplänen für Patienten.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung Prostatazentrum nach DKG

Zertifizierung Prostatazentrum nach DKG

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

18.3.2 Aufrechterhaltung der Zertifizierungen

Aufrechterhaltung der ISO- und DKG Zertifizierungen

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

19 Schlusswort und Ausblick

Das Claraspital entwickelt sich gemäss seiner Strategie und der Konzentration auf die Schwerpunkte und Spezialitäten stetig weiter. Unsere Schwerpunkte wurden durch die neuen Abteilungen Gynäkologie/ Gynäkologische Onkologie sowie dem Beckenbodenzentrum gestärkt.

Die Abteilung für Forschung und klinisches Datenmanagement des Claraspitals hat sich sehr gut etabliert und wird gezielt weiterentwickelt, um die Qualität der Leistungen zu steigern sowie die erforderlichen Zertifizierungsvorgaben in unseren Schwerpunkten zu erfüllen.

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

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

Die Realisierung des Masterplans schreitet weiter voran. Nachdem 2017 die Bautätigkeiten an der Nordseite fertiggestellt wurden, haben die Bauarbeiten für den Ersatzneubau an der Ostseite begonnen. Nach der Fertigstellung gegen Ende 2019 werden dort u. a. eine neue Notfallstation und die neuen Operationssäle untergebracht sein und desweiteren werden wir in Kooperation eine Rehabilitationsleistung anbieten.

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 spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Spezialisierte Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Grosse Lebereingriffe (IVHSM)
Oesophaguschirurgie (IVHSM)
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz

Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
Elektrophysiologie (Ablationen)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
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
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Nuklearmedizin

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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