Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+

Akutsomatik

Spital Zollikerberg
Trichtenhauserstrasse 20
8125 Zollikerberg
www.spitalzollikerberg.ch

durch: **Susanne Hentsch MPH**

QM-Koordinator des Spitals
Leiterin der Abteilung Entwicklung und Koordination

© H+ Die Spitäler der Schweiz I Les Hôpitaux de Suisse I Gli ospedali Svizzeri

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, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

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 Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen 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 Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Bezeichnungen

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichts zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

Inhaltsverzeichnis

A Einleitung ... 1
B Qualitätsstrategie ... 2
B1 Qualitätsstrategie und -ziele ... 2
B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013 ... 2
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013 ... 2
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren ... 2
B5 Organisation des Qualitätsmanagements ... 4
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement ... 4
C Betriebliche Kennzahlen und Angebot ... 5
C1 Angebotsübersicht ... 5
C2 Kennzahlen 2013 ... 7
D Zufriedenheitsmessungen ... 8
D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit: Outcome Patientenbefragung (OPF) ... 8
D2 Angehörigenzufriedenheit ... 10
D3 Mitarbeiterzufriedenheit ... 11
D4 Zuweiserzufriedenheit ... 12
E Nationale Qualitätsmessungen ANQ ... 13
E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik ... 13
E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® (Daten 2012) ... 14
E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® (Daten 2012) ... 15
E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso ... 16
E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ ... 18
E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik ... 21
E1-6 Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik ... 22
E1-7 SIRIS Implantatregister ... 23
F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ) ... 24
F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen ... 26
F6 Weitere Messthemen: ... 27
G Registerübersicht ... 31
H Verbesserungsaktivitäten und -projekte ... 36
H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards ... 36
H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte ... 36
H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte ... 38
I Schlusswort und Ausblick ... 39
J Anhänge ... 40

A Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 des Spital Zollikerberg wertvolle Informationen liefern zu können.

Unsere Qualitätsphilosophie

Die Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule will Leistungen erbringen, die qualitativ zu den Besten gehören.

Für das Spital Zollikerberg, als Teil der Stiftung, ist es eine besondere Herausforderung unseren Patientinnen und Patienten hochstehende Qualität zu bieten und gleichzeitig den finanziellen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen (wirtschaftliche Leistungserbringung) Rechnung zu tragen.

Die Qualitätsentwicklung unserer Dienstleistungen ist deshalb in der Hauptverantwortung der obersten Führungsebene, welche alle Mitarbeitenden in diesen Prozess miteinbeziehen.

Qualität entsteht, wenn wir uns professionell verhalten, zeitgemässe Mittel einsetzen und uns kontinuierlich weiterentwickeln. Letzteres bedingt, dass wir unsere Arbeit immer wieder kritisch reflektieren und uns im eigenen Verantwortungsbereich für Verbesserungen einsetzen.

Des Weiteren versuchen wir offen mit Fehlern umzugehen. Die Qualitätsentwicklung wird immer wieder auf verschiedensten Ebenen und in unterschiedlichsten Zusammenhängen thematisiert. So soll jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter einen Beitrag zur Zielerreichung leisten können.

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die Qualitätsentwicklung im Spital Zollikerberg ist im Sinne des Total Quality Managements auf allen Ebenen des Spitals verankert.

Oberstes Gremium ist die Spitalleitung. Diese beschliesst über die mittelfristigen Ziele (im Rahmen der Strategie), über die ein- bis mehrjährigen Ziele (im Rahmen der Jahresziele) sowie die wichtigsten Massnahmen im Bereich Qualitätsmanagement (z. B. ANQ-, hcri-, interne Messungen).

Für die operative Koordination und detaillierteren Zielsetzungen (z. B. für Qualitätszirkel) ist ein spezielles Gremium, die Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung, eingesetzt. Ständige Qualitätszirkel arbeiten zu folgenden Themen:

- Patientensicherheit
- Schmerzbekämpfung
- Hygiene
- Ökologie
- Betrieblicher Gesundheitsschutz
- Labor
- Palliativ Care

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

- **Medikamentensicherheit**
  Dem Projekt Medikamentensicherheit liegen Fragen zur Patientensicherheit, Arbeitseffektivität, „aus Fehlern lernen“ und Qualitätsstandards zu Grunde. Hierzu wurden u. a. alle relevanten CIRS-Fälle (Critical Incident Reporting System) von 2010 bis 2013 ausgewertet, mehrere Berufsgruppen miteinbezogen, Standards überarbeitet bzw. neu ausgearbeitet, Kurzfortbildungen von den Apothekerinnen durchgeführt sowie das Medikamententool im Klinikinformationssystem angepasst (weiter Details siehe Abschnitt H, Ausgewählte Qualitätsprojekte).
- **Medikamententool im Klinikinformationssystem (KIS)**
  Aufgrund der Ablösung des Klinikinformationssystems durch eine neue Software wurde das Medikamententool bzgl. Dokumentationsqualität effizienter. Es erfolgten Anpassungen an die Prozesse und an die Benutzerfreundlichkeit.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

Qualitätsmessungen
In den durchgeführten ANQ- und hcri-Messungen 2013 konnte das Spital Zollikerberg seinen hohen Standard in der Patientenbetreuung erneut beweisen und weitgehend auf hohem Niveau halten.

Verbesserungspotentiale für das Jahr 2014 sind jeweils bei den konkreten Messungen ab S.19 ff. (Abschnitt E) und unter der Rubrik: Verbesserungsaktivitäten und -projekte (S. 52 ff.) beschrieben (Abschnitt H).

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Kontinuierliche Qualitätssicherung
In unserem Betrieb werden eine ganze Reihe von Instrumenten eingesetzt, mit denen wir sicherstellen wollen, dass die Qualität unserer Leistungen kontinuierlich beobachtet und hinterfragt wird. Disziplinär, aber meist interdisziplinär werden Massnahmen entwickelt, die zu Verbesserungen führen. Oberstes internes Auswertungs- und Berichtsgremium stellt die Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung (s. auch

B1) dar.
Die wichtigsten Qualitätsentwicklungen sind:

Interdisziplinäre Konferenz für Patientensicherheit und Qualitätszirkel
Alle zwei Monate nehmen Mitarbeitende aus allen Kliniken und Bereichen an einer Konferenz für Patientensicherheit teil. Es werden sicherheitsrelevante Ereignisse diskutiert und Massnahmen erarbeitet. Die Teilnahme von Klinik- und Bereichsverantwortlichen erlaubt es, viele Verbesserungen sofort umzusetzen. Wenn nötig, werden Vorschläge an die Spitaldirektion zur Entscheidung weitergeleitet. Zu verschiedenen übergreifenden Themen tagen regelmässig Qualitätszirkel.

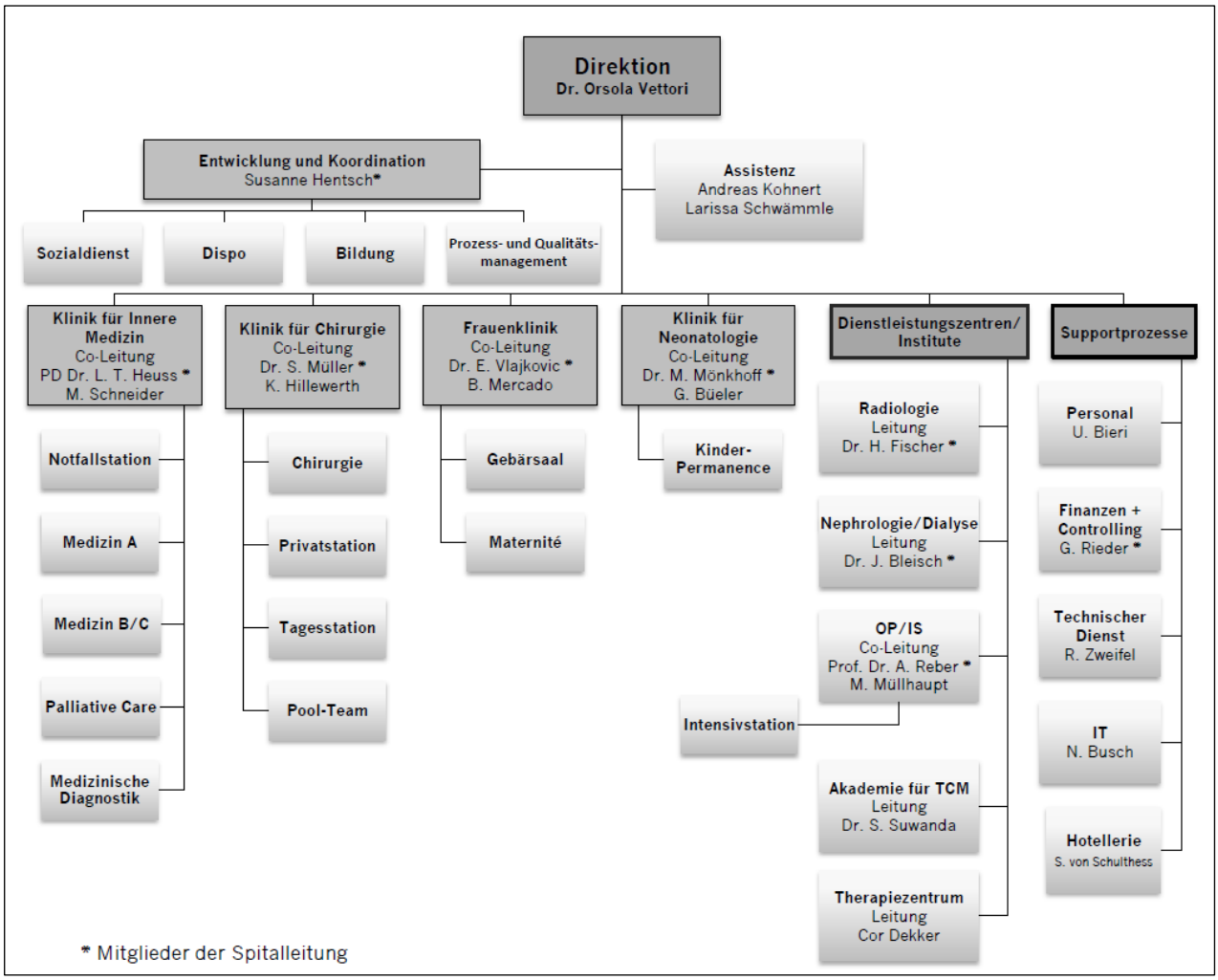
Standards
Eine grosse Zahl von Abläufen und Arbeiten im Spital sind vereinheitlicht, um jederzeit und durch alle Mitarbeitenden eine gleichbleibende Qualität der Patientenbetreuung gewährleisten zu können. Sie sind im Intranet des Spitals für alle Mitarbeitenden verfügbar und werden kontinuierlich angepasst und aktualisiert.

„Ihre Meinung"-Fragebogen und Patienteninterviews
Alle austretenden Patientinnen und Patienten erhalten ein Formular auf welchem sie uns einen Kommentar zum Spitalaufenthalt abgeben können. Jährlich werden so über 2500 schriftliche Rückmeldungen von der Direktion entgegengenommen, geprüft und nötigenfalls Massnahmen eingeleitet. Zusätzlich interviewen die Spitaldirektorin und ausgewählte Kaderpersonen regelmässig Patientinnen und Patienten, um sich persönlich ein Bild zu verschaffen, wie die Dienstleistungsqualität im Spital von den Patientinnen und Patienten wahrgenommen wird.

Aus-, Weiter- und Fortbildung
Das Spital bietet im Jahr 2013 diverse Aus- oder Weiterbildungsplätze an. Folgend wird die Anzahl vom gesamten Jahr beschrieben:
Kaufmännisch Lernende (4), Systemtechniker (in Ausbildung = i.A.) (2), Fachmann/-frau Betriebsunterhalt i.A. (1), Medizintechniker i.A. (1), Lernende Fachfrau-, -mann Gesundheit (40), Studierende Hebammen (17), Studierende Pflegefachfrau, -fachmann FH (11), Studierende Pflegefachfrau, -fachmann HF (28), Medizinisch Technische Radiologie Assistentin i.A. (4), Pflegefachfrau, -fachmann Anästhesie i.A. (2), Dipl. Experten Intensivpflege i.A. (5), Physiotherapeuten FH i.A. (6), Physiotherapeuten HF i.A. (6). Zudem absolvieren 63 Assistenzärzte und 42 Unterassistenten am Spital Zollikerberg ihre fachliche Weiterbildung.
Aber auch die kontinuierliche Fortbildung nimmt einen grossen Stellenwert ein. Mit diesen Aus-, Weiter- und Fortbildungsaktivitäten trägt das Spital Zollikerberg dazu bei, die Qualität der Dienstleistungen im eigenen Betrieb aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Das Spital Zollikerberg leistet über diese Aktivität gesamtgesellschaftlich massgeblich einen wichtigen Beitrag zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems Schweiz.

Kooperationen
Das Spital Zollikerberg bietet, dank der Zusammenarbeit mit RehaClinic Zollikerberg, Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, die Rehabilitation nach einer orthopädischen oder unfallbedingten Operation, wohnortsnah durchzuführen. In einer Etage des Spitals ist die RehaClinic Zollikerberg eingemietet und betreibt eine Abteilung für muskuloskeletale Rehabilitation.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☒	Andere Organisationsform:	Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung und Qualitätszirkel
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Orsola Vettori	044/397 21 01	orsola.vettori@spitalzollikerberg.ch	Spitaldirektorin
Susanne Hentsch	044/397 22 18	susanne.hentsch@spitalzollikerberg.ch	Leiterin der Abteilung Entwicklung und Koordination Qualitätskoordinatorin
Mira Zasowski	044/397 27 69	mira.zasowski@spitalzollikerberg.ch	Controllerin/ Stv. Rechnungswesen

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

http://spitalzollikerberg.ch/index.php?id=136

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Spital Zollikerberg → Kapitel „Leistungen".

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	**An den Standorten** Spital Zollikerberg Trichtenhauserstr. 20 8125 Zollikerberg	**Zusammenarbeit im Versorgungs-netz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	Spital	Konsiliararzt (USZ, Triemli)
Allgemeine Chirurgie	Spital	
Anästhesiologie und Reanimation *(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensiv-medizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)*	Spital	
Dermatologie und Venerologie *(Behandlung von Haut- und Geschlechts-krankheiten)*	Spital	Konsiliararzt (USZ)
Gynäkologie und Geburtshilfe *(Frauenheilkunde)*	Spital	
Medizinische Genetik *(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)*	-	-
Handchirurgie	-	-
Herzgefässchirurgie	Spital	operativ unterstützender Arzt (Hirslanden)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden **Spezialisierungen** (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Spital	
☒ Angiologie *(Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)*	Spital	Konsiliararzt
☒ Endokrinologie und Diabetologie *(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)*	Spital	
☒ Gastroenterologie (*Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)*	Spital	ambulant interventionell tätige Ärzte zusätzlich zu spitalinternen Fachspezialisten
☒ Geriatrie *(Altersheilkunde)*	Spital	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	**An den Standorten**	**Zusammenarbeit im Versorgungs-netz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie *(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph-systems)*	Spital	Konsiliararzt (Hirslanden)
☐ Hepatologie *(Behandlung von Erkrankungen der Leber)*	-	
☒ Infektiologie *(Behandlung von Infektionskrankheiten)*	Spital	Konsiliararzt (Triemli)
☒ Kardiologie *(Behandlung von Herz- und Kreislauf-erkrankungen)*	Spital	Konsiliararzt (Hirslanden, Triemli)
☒ Medizinische Onkologie *(Behandlung von Krebserkrankungen)*	Spital	
☒ Nephrologie *(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)*	Spital	
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (*Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)*	Spital	Konsiliararzt RehaClinic Zollikerberg
☒ Pneumologie *(Behandlung Krankheiten der Atmungs-organe)*	Spital	Konsiliararzt mit Praxis auf dem Areal
Intensivmedizin	Spital	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	-	-
Kinderchirurgie	-	-
Langzeitpflege	-	-
Neurochirurgie	Spital	Belegärzte (nur Wirbelsäulenchirurgie)
Neurologie *(Behandlung von Erkrankungen des Nerven-systems)*	Spital	Konsiliarärztinnen mit Praxis auf dem Areal
Ophthalmologie *(Augenheilkunde)*	Spital	Konsiliararzt, BelegärztInnen teilweise mit Praxis auf dem Areal
Orthopädie und Traumatologie *(Knochen- und Unfallchirurgie)*	Spital	BelegärztInnen teilweise mit Praxis auf dem Areal
Oto-Rhino-Laryngologie ORL *(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)*	Spital	Belegärzte, Konsiliarärzte
Pädiatrie *(Kinderheilkunde)*	Spital	
Palliativmedizin *(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)*	Spital	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Spital	Operativ unterstützender Arzt
Psychiatrie und Psychotherapie	Spital	KonsiliarärztInnen
Radiologie *(Röntgen und andere bildgebende Verfahren)*	Spital	
Thoraxchirurgie *(Operationen an der Lunge, im Brustkorb und-raum)*	-	-
Tropen- und Reisemedizin	-	-
Urologie *(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)*	Spital	Uroviva (BelegärztInnen, KonsiliarärztInnen) mit Praxis im Spital
Nuklearmedizin	Spital	Konsiliararzt mit Praxis auf dem Areal

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	**An den Standorten**	**Zusammenarbeit im Versorgungsnetz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Spital	
Ergotherapie	Spital	
Ernährungsberatung	Spital	
Logopädie	-	Private Praxis auf dem Gelände des Spital, enge Zusammenarbeit
Neuropsychologie	-	
Physiotherapie	Spital	
Psychologie	Spital	Konsiliararzt, ZEPT-Zentrum für Psychotherapie
Psychotherapie	Spital	Konsiliararzt, ZEPT-Zentrum für Psychotherapie

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

http://spitalzollikerberg.ch/index.php?id=136
Bemerkung

D Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit: Outcome Patientenbefragung (OPF)

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst** die Patientenzufriedenheit **nicht**.		
	Begründung		
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Patientenzufriedenheit.		
	☒ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung durchgeführt.		
	☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	83.6% 89.9% 80.3%	Zufriedene Patientinnen und Patienten in %, Teil A Zufriedene Patientinnen und Patienten in %, Teil B Zufriedene Patientinnen und Patienten in %, Teil A + B, (Teilnahme nur vom Spital Zollikerberg)
Resultate pro Bereich	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Chirurgie	85.7%	
Medizin	80.5%	
Frauenklinik	86.2%	
Orthopädie	85.2%	
☐	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
☐	Die Auswertung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☒	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon ☐ Picker ☐ PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18) ☐ PZ Benchmark	☒ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instruments	Outcome Patientenbefragung	Name des Messinstituts	hcri
☐ Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments	Standardfragebogen			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Messdauer: 1. Mai – 21. Juli 2013 - Alter >= 18 Jahre - Stationärer Aufenthalt von mind. 3 Tagen (2 Übernachtungen) - Austritt nach Hause (bzw. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Reha) - Mehrfachhospitalisierte sollen innerhalb von 30 Tagen nur einmal befragt werden			
	Ausschlusskriterien	- Wöchnerinnen - Verstorbene Patientinnen und Patienten (im Spital und nach Spitalaufenthalt, sofern das Spital davon Kenntnis erhält - Patientinnen und Patienten, ohne festen Wohnsitz in der CH - Patientinnen und Patienten, die in ein anderes Spital verlegt werden - Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		474			
Rücklauf in Prozent		46.9%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☒ Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?		
☐	**Nein**, unser Betrieb hat **kein** Beschwerdemanagement / **keine** Ombudsstelle.	
☒	**Ja,** unser Betrieb hat **ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle**.	
	Bezeichnung der Stelle	Direktion
	Name der Ansprechperson	Dr. O. Vettori
	Funktion	Spitaldirektorin
	Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Tagsüber via Sekretariat
	Bemerkungen	Jede schriftliche Reklamation wird beantwortet. Alle Patientinnen und Patienten erhalten beim Austritt ein Feedbackbogen.

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Monitoring durch die jeweiligen Kliniken resp. Abteilung	Steigerung der Patientenzufriedenheit	Gesamtspital	Fortlaufend

D2 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 Angehörigen-zufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheits-messung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst** die Angehörigenzufriedenheit **nicht**.		
	Begründung		
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Angehörigenzufriedenheit.		
	☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung durchgeführt.		
	☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

☐	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
☐	Die Auswertung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
☐	Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instruments			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien				
	Ausschlusskriterien				
Anzahl vollständige und valide Fragebogen					
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☐ Ja	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit **nicht**.		
	Begründung		
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung durchgeführt.		
	☒ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	**Ergebnisse**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

☐	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
☐	Die Auswertung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments		Name des Messinstituts
☐	Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instruments			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☐ Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst** die Zuweiserzufriedenheit **nicht**.			
	Begründung			
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Zuweiserzufriedenheit.			
	☒ Im **Berichtsjahr 2013** wurde eine Messung durchgeführt.			
	☐ Im **Berichtsjahr 2013** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	offen

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	90.7%	Die Zuweiserzufriedenheit konnte im Vergleich zur letzten Befragung im Jahr 2010 leicht verbessert werden.

☐	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert.	
☐	Die Auswertung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☒	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instruments	Zuweiserbefragung	Name des Messinstituts	hcri
☐	Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments				

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	- Alle Zuweiser, welche mind. 2 Personen pro Jahr stationär zuweisen			
	Ausschlusskriterien	- Interne Zuweisung, z.B. über Ambulatorien - Interne Belegärzte → Spezialversion			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		105			
Rücklauf in Prozent		28.4%	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☒ Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Austausch mit Zuweiser	Bedürfnisorientierter Informationsaustausch	Gesamtspital	Fortlaufend

E Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs 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 Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swissnoso	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Patientenzufriedenheit	☒	☐	☐
SIRIS Implantat-Register	☒	☐	☐
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien	☐	☒	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Nationale Elternbefragung	☐	☒	☐
Bemerkung			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® (Daten 2012)

Mit der Methode SQLape®[1] wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt. Die Auswertung 2013 beruht auf den Daten des 2012.

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate		**Erwartete Rate**	**Vertrauensintervall der erwarteten Rate** (CI = 95%)	**Ergebnis**[2] A, B oder C
Intern	**Extern**			
2.61%	0.25%	3.78%	3.49% - 4.07%	**A**
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				

☐	Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist **nicht abgeschlossen**.
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
	Begründung:

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS[3]

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl auswertbare Austritte		6'393
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Monitoring durch die jeweiligen Kliniken	Beibehalten des guten Ergebnisses	Gesamtspital	Fortlaufend

[1] SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

[2] A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

[3] Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® (Daten 2012)

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			
Beobachtete Rate	**Erwartete Rate**	**Vertrauensintervall der erwarteten Rate** (CI = 95%)	**Ergebnis**[4] A, B oder C
1.98%	2.32%	2.07% - 2.57%	**A**
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
☐ Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist **nicht abgeschlossen**.			
☐ Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.			
Begründung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS[5]

Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Anzahl auswertbare Operationen		4‘544
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Monitoring durch die jeweiligen Kliniken	Beibehalten des guten Ergebnisses	Gesamtspital	Fortlaufend

[4] A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.
C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

[5] Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthalts.
Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler 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. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr. Die Daten wurden vom 1. Oktober 2012 bis zum 30. September 2013 erhoben.

Ab dem 1. Oktober 2013 erfassen alle Spitäler, die Appendektomien durchführen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, auch postoperative Wundinfektionen. Die Ergebnisse erhalten die Spitälern und Kliniken im März 2015.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Swissnoso

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					**Vorjahreswerte**
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektions-messungen nach folgenden Operationen:	**Anzahl beurteilte Operationen** (Total)	**Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen** (N)	**Infektionsrate %**	**Vertrauens-intervall** [6] **CI = 95%**	**Infektionsrate %** (Vertrauens-intervall CI = 95%)
☒ Gallenblase-Entfernungen	120	4	3.33%	0.9-8.3	1.98% (0.2-7)
☐ Blinddarm-Entfernungen			%		% ( )
☐ Hernienoperationen			%		% ( )
☒ Dickdarm (Colon)	65	14	21.5%	12.3-33.5	13.4% (6.3-24)
☐ Kaiserschnitt (Sectio)			%		% ( )
☐ Magenbypassoperationen (optional)			%		% ( )
☐ Rektumoperationen (optional)			%		% ( )
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
Während der Erfassungsperiode 2012-2013 erfolgte ein methodischer Wechsel in der Beurteilung ausgewählter Infektionsfälle: Vor der Hospitalisation bestehende Infekte werden neu auch als nosokomiale Infekte gewertet. Die dezente Erhöhung der Infektionsrate steht im kausalen Zusammenhang mit dem Methodenwechsel.					
☐ Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.					
Begründung					

[6] Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2013 (1. Oktober 2012 – 31. September 2013) noch keine Resultate vor. Dieser Eingriff ist ein Wahleingriff unter kontrollierten Bedingungen. Das Operationsgebiet ist nicht bakteriell besiedelt. Die Bewertungskriterien haben sich bei diesen Eingriffen nicht geändert. Die Infektionsrate ist mit der letzten Periode vergleichbar.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012					**Vorjahreswerte**
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektions-messungen nach folgenden Operationen:	**Anzahl beurteilte Operationen** (Total)	**Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen** (N)	**Infektionsrate %**	**Vertrauens-intervall[7] CI = 95%**	**Infektionsrate %** (Vertrauens-intervall CI = 95%)
☐ Herzchirurgie			%		% ( )
☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	114	1	0.9%	0-4.8	0.9% (0.5.1)
☐ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen			%		% ( )
Wertung der Ergebnisse					
Die Infektionsrate von Hüftgelenksprothesen ist gleichbleibend tief.					
☐ Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.					
Begründung					

Informationen für das Fachpublikum: 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 Mess-ergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Mess-ergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Beteiligung am Interventionsmodul des ANQ	Langfristige niedrige postoperative Wundinfektionsrate	Gesamtspital	Geplante Einführung im Jahr 2015 gem. ANQ-Vorgabe

[7] Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung[8] Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule in Zusammenarbeit mit ANQ

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Deskriptive Messergebnisse 2013			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.			**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**[9]
1	In Prozent	1.5%	Die Sturzzahl ist seit 2012 gesunken. Benchmark Ergebnisse auf Nationaler Ebene sind noch nicht publiziert.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.		
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		69	Anteil in Prozent (Antwortrate)	100%
Bemerkung		Die Zahl 69 entspricht der Zahl der eingewilligten Patientinnen.		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Kontinuierliche Verbesserung des Wissenstransfers zur Thematik	Vermeidung von Stürzen bzw. Senkung der Sturzrate	Gesamtspital	Fortlaufend
Anschaffung von Alarmsystemen zur Prävention von Stürzen umsetzen zu können		Medizin/Chirurgie	Fortlaufend

[8] Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.
[9] Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch. Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Dekubitus bei Kindern stehen 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.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	10	14.9%
	ohne Kategorie 1	4	6%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	4	6%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	2	3%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	6	9%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	2	3%

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	0	0%
	ohne Kategorie 1	0	0%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	0	0%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
	Begründung

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.		
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	- Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung		
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		69	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	100%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche		4	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	100%
Bemerkung				

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Korrekter Einsatz des Lagerungsmaterials in den Kliniken	Vermeidung bzw. weitere Minimierung von Decubiti	Chirurgie und Medizin	Bis Ende 2014 Einführung Kontrolle: fortlaufend

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

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

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	**Zufriedenheits-Wert** (Mittelwert)	**Vertrauens-intervall**[10] CI=95%	**Wertung der Ergebnisse**
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.39	9.23 – 9.55	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.13	8.99 – 9.28	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.19	9.04 – 9.33	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.09	8.94 – 9.24	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.55	9.42 – 9.68	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen			
Die Patientenzufriedenheit hat sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich verbessert.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben.		
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.		
Anzahl angeschriebene Patienten		604		
Anzahl eingetroffener Fragenbogen		313	Rücklauf in Prozent	51.8%
Bemerkung		Bei dieser Messung wurde ein sehr guter Rücklauf verzeichnet.		

[10] Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-6 Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik

Auch im Kinderbereich ist die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität ein wichtiger Qualitätsindikator. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern um diese Beurteilung gebeten. Dazu wurden die fünf Fragen des ANQ-Kurzfragebogen auf die Perspektive der Eltern angepasst.

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

Messergebnisse 2013			
Gesamter Betrieb	**Zufriedenheits-Wert** (Mittelwert)	**Vertrauens-intervall**[11] CI = 95%	**Wertung der Ergebnisse**
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?			0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?			0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?			0 = nie 10 = immer
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?			0 = nie 10 = immer
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?			0 = nie 10 = immer

Bemerkungen	
☒	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	Auf Grund der kleinen Fallzahlen und des geringen Rücklaufes werden die Daten nicht publiziert.

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Kinder und Jugendlichen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2013 das Spital verlassen haben.		
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.		
Anzahl angeschriebene Eltern				
Anzahl eingetroffener Fragenbogen			Rücklauf in Prozent	
Bemerkung				

[11] Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

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

Messergebnisse
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlich: www.anq.ch
Bemerkung

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantate
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkung		

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO)

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Anzahl Stürze pro 1000 Pflegetage und weitere Indikatoren bei allen Patienten die 16 Jahre und älter sind.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	**Anzahl mit Behandlungsfolgen**	**Anzahl ohne Behandlungsfolge**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
3.8 pro 1000 Pflegetage 2.3 %, 42 Stürze (bei 1849 Patientinnen und Patienten)	15 Stürze mit Verletzungen (13 leichtere, 2 schwerere)	27 Stürze ohne Verletzung	Die Sturzzahl ist zu 2011 gesunken.

☐	Die Messung 2013 ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	
☒	**Kein Benchmark** weil keine anderen Spitäler in diesem Jahr gemessen haben.	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	hcri

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle Patientinnen und Patienten, die 16 Jahre oder älter sind
	Ausschlusskriterien	- Alle Patientinnen und Patienten, die jünger als 16 Jahre sind
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		42 Stürze (bei 1849 Patientinnen und Patienten)
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Datenanalyse um Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten	Senkung der Sturzrate	Medizin	2013-2014
Kontinuierliche Verbesserung durch Schulung von neuen Mitarbeitenden zum Thema Sturz		alle neuen Mitarbeitenden	Über das ganze Jahr
Anschaffung von Alarmsysteme zur Prävention von Stürzen		Medizin/Chirurgie	2013

Messthema	**Stürze (andere als mit der Methode LPZ)**
Was wird gemessen?	Anzahl Stürze pro 1000 Pflegetage

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Medizin, Chirurgie, Frauenklinik

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	**Anzahl mit Behandlungsfolgen**	**Anzahl ohne Behandlungsfolge**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
5.11 Stürze pro 1000 Pflegetage	13 schwerere Verletzungen (ernsthafte Verletzung z. B. alle Frakturen, Rissquetschwunden, Platz- und Schnittwunden) 79 leichtere Verletzungen (Verletzung, welche innert wenigen Tage abheilen wird z. B. Prellung, kleine Abschürfung, Rötung oder blauer Fleck)	171 keine Verletzungen	Die höhere Sturzzahlen lässt sich durch das erhöhte Alter der hospitalisierten Patientinnen und Patienten erklären sowie durch die verkürzte Aufenthaltsdauer (Patientinnen und Patienten werden früher mobil).

☐	Die Messung 2013 ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	
☒	**Kein Benchmark** weil keine anderen Spitäler in diesem Jahr gemessen haben.	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Auswertung der Sturzprotokolle
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle Patientinnen und Patienten, die gestürzt sind
	Ausschlusskriterien	- keine
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		268 Patientinnen und Patienten
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Breite Datenanalyse um Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten	Senkung der Sturzrate	Gesamtspital	fortlaufend
Kontinuierliche Verbesserung durch Schulung von Mitarbeitenden zum Thema Sturz		alle Mitarbeitenden	Über das ganze Jahr
Massnahmen pro Klinik wurden ausgearbeitet		Gesamtspital	2014 bis 2015

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	**Freiheitsbeschränkende Massnahmen**
Was wird gemessen?	Dokumentation der Intensität von Isolation und Fixierung (Intensität = Häufigkeit * Dauer pro Fall) sowie Dokumentation der Häufigkeit von Zwangsmedikation oral, Zwangsmedikation Injektion, Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und Sicherheitsmassnahmen im Bett.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☐	Das Instrument wurde im Rahmen einer ANQ Messung eingesetzt.	Name des Instruments:	☐ EFM ☐ Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen (LPZ)
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl Patienten mit einer Freiheitsbeschränkender Massnahme		
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)

F6 Weitere Messthemen:

Messthema	Anästhesiologische Komplikationen und perioperative Beschwerden
Was wird gemessen?	Erfassung von intra- und postoperativen Komplikationen sowie prä- und postoperative Beschwerden

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Anästhesie (OP und weisse Zone)

Ausgewählte Messergebnisse	
Messthema	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Prozent der Patienten mit Schmerzscore >3 (VA-Skala 0.0 bis 10.0) zwei Stunden nach Anästhesieende	10.0%
Prozent der Patienten, welche insgesamt zufrieden waren mit der Anästhesieabteilung	94.9%
Prozent der Patienten, welche ausreichend und verständlich über die Risiken der Anästhesie informiert worden sind	90.9%

☐	Die Messung 2013 ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	
☒	**Kein Benchmark** weil keine anderen Spitäler in diesem Jahr gemessen haben.	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	hcri

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationären Patientinnen und Patienten mit allgemeiner, regionaler, kombinierter Anästhesie und MAC.
	Ausschlusskriterien	- Ambulante Patientinnen und Patienten
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		644
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Kontinuierliches Monitoring der Indikatoren	Sicherung der Qualität	Anästhesie	Fortlaufend

Messthema	Geburt/Sectio
Was wird gemessen?	Verschiedene Themen, wie Zufriedenheit der Mutter, Spitalwahl, Stillen, Besuchszeiten etc.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Maternité

Ausgewählte Messergebnisse	
Messthema	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Stimmungsschwankungen im Wochenbett vom Personal bemerkt	Die meisten Patientinnen beobachteten, dass Stimmungsschwankungen erkannt wurden. (Verbesserung um 6.6%)
Betreuungsmöglichkeit für das Kind	90.6% der Wöchnerinnen beurteilen dieses Kriterium als gegeben.
Unterstützung bei der Betreuung und Pflege des Kindes nach der Geburt	Drei von vier Patientinnen erlebten, dass sie unterstützt wurden bei der Betreuung und Pflege des Kindes nach der Geburt
Unterstützung beim Stillen oder Abpumpen	Die Mehrheit der Wöchnerinnen ist der Meinung, dass sie dabei unterstützt wurden.

☐	Die Messung 2013 ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	hcri

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle Geburten
	Ausschlusskriterien	- Totgeburten
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		421
Bemerkung		Messzeitraum: 10.2012 bis 03.2013

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Kontinuierliches Monitoring der Indikatoren	Sicherung und Verbesserung der Qualität	Gesamtspital	Fortlaufend

Messthema	EMERGE – schnelle und sichere Hilfe in der Notfallstation
Was wird gemessen?	Objektive Leistungsqualität (Sicherheit), subjektive Betreuungsqualität (Zufriedenheit), Output-Qualität (Organisationsleistung)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Notfallstation

Ausgewählte Messergebnisse	
Messthema	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Eintritt bis Ersttriage durch Fachperson	Unsere Patientinnen und Patienten mussten 1.5 Minuten warten bis Ersttriage durch eine Fachperson. Das beste Resultat im Vergleich mit den andern an der Studie teilgenommenen Spitälern.
Vertrauen in die Richtigkeit der Diagnose	Vier von fünf Patientinnen und Patienten hatten das Vertrauen in die Richtigkeit der Diagnose, welche auf der Notfallstation gestellt wurde (81.3%).
Respektvolle Behandlung	94.0% der Patientinnen und Patienten fühlten sich auf der Notfallstation von dem Personal respektvoll behandelt („Ja, völlig).

☐	Die Messung 2013 ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☒	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	hcri

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle Patientinnen und Patienten, die notfallmässig das Spital aufsuchen (ambulante und stationäre Patientinnen und Patienten)
	Ausschlusskriterien	- keine
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		379
Bemerkung		Messzeitraum: 04.2013 bis 05.2013

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Kontinuierliches Monitoring der Indikatoren	Sicherung der Qualität auf der Notfallstation	Notfallstation	Fortlaufend
Optimierung des Triagesystems	Qualitätssicherung bei dem Triagesystem	Notfallstation	Geplant im 2014

Messthema	Radiologie: Befragung der ambulanten Patientinnen und Patienten
Was wird gemessen?	Patientenzufriedenheit bei ambulanten Patientinnen und Patienten in der Radiologie

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Radiologie

Messergebnisse	
Messthema	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Fragen zum Empfang: Terminabsprache	9.51 (Referenzwert 9.48)
Fragen zur Diagnostik: Freundlichkeit	9.81 (Referenzwert 9.81)
Fragen zur Entlassung: Qualität der Betreuung	9.41 (Referenzwert 9.42)

☐ Die Messung 2013 ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

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

Begründung:

☒ Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	hcri

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Ambulante Patientinnen und Patienten
	Ausschlusskriterien	Stationäre Patientinnen und Patienten
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		90
Bemerkung		Messzeitraum: 07.10. bis 01.11.2013

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Informationsoptimierung	Patientinnen und Patienten sind im Röntgen über Untersuchungsablauf sowie das weitere Vorgehen informiert	Radiologie	Fortlaufend

G 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.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?	
☐	**Nein**, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil.
	Begründung
☒	**Ja,** unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

Registerübersicht[12]

Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2001	Spital Zollikerberg
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
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	2011	Spital Zollikerberg
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	2011	Spital Zollikerberg
D-SENT Database-surgical and endoscopic novelties	Chirurgie	CTU Bern http://www.saltc.ch/index.php?id=205	2013	Spital Zollikerberg
E-IMD European registry and network for intoxication type metabolic disorders	Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Endokrinologie/ Diabetologie, Nephrologie, Intensivmedizin	Universitätsklinikum Heidelberg www.e-imd.org		
FIVNAT-CH Fécondation In Vitro National	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch/		
IDES Register Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenks-prothesen	Orthopädische Chirurgie	MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie www.memcenter.unibe.ch		
KTRZ Knochentumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie /	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/klinike		

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

	Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	n-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochentumor-referenzzentrum/		
Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch		
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008	Spital Zollikerberg
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting		
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch		
OCULA Register für Linsenimplantate	Ophthalmologie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/iefo		
SAfW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch		
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch		
SCCS Schweizerische Hepatitis-C-Kohorten Studie	Allgemeine Innere Medizin, Infektiologie, Medizinische Genetik, Gastroenterologie, Med. Onkologie	Stiftung Schweizerische Hepatitis-C-Kohortenstudie www.swisshcv.ch		
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2004	Spital Zollikerberg
Schweizer Patientenregister für Duchenne Muskeldystrophie und Spinale Muskelatrophie	Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys. Medizin und Rehabilitation, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Kardiologie, Pneumologie	CHUV und Kinderspital Zürich www.asrim.ch		
SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch		
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	Universität Zürich http://ibdcohort.ch/		
SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch		

SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch		
SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatrie, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern		Spital Zollikerberg
SOL-DHR Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - www.lebendspende.ch/de/verein.php		
SPNR Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister	Pädiatrie, Nephrologie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news/swiss-paediatric-renal-registry		Spital Zollikerberg
SPSU Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00737/index.html?lang=de	2004	Spital Zollikerberg
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	2011	Spital Zollikerberg
SSCS Swiss SLE Cohort Study	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Allergologie / Immunologie, Nephrologie, Rheumatologie	Université de Genève und andere Universitäten in der Schweiz www.slec.ch		
STIS Swiss Teratogen Information Service	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie	Swiss Teratogen Information Service STIS www.swisstis.ch		
SVGO Frakturregister - Osteoporosefrakturregister	Chirurgie, Orthopädische Chirurgie, Phys. Med. u. Rehabilitation, Endokrinologie/Diabetologie, Rheumatologie, Traumatologie	Schweizerische Vereinigung gegen die Osteoporose www.svgo.ch		
Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13	2002	Spital Zollikerberg
Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch		
SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch		Spital Zollikerberg Nur bei Bandscheiben-prothesen
SwissNET Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET swissnet.net		

Swissregard - Nationales Register zu plötzlichen Todesfällen von Athleten	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Rechtsmedizin, Pathologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Kardiologie, Intensivmedizin	Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern www.swissregard.ch		
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch		
SWR Schweizer Wachstumsregister	Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nephrologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern www.ispm.ch		
TR-DGU TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de		
Krebsregister	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**	**An den Standorten**
NICER - Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org		
Schweizer Kinderkrebsregister - SKKR	Alle	www.kinderkrebsregister.ch		Spital Zollikerberg
Krebsregister Aargau	Alle	http://krebsregister-aargau.ch/		
Krebsregister Bern	Alle	www.krebsregister.unibe.ch		
Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft - KRBB	Alle	www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/krebsregister-beider-basel/		
Krebsregister Kanton Freiburg - RFT	Alle	www.liguecancer-fr.ch		
Krebsregister Graubünden und Glarus - KR GG	Alle	www.ksgr.ch/Das_Kantonsspital_Graubuenden/Departemente/Institute/Pathologie/Krebsregister/dD0zNzQmbD1kZXU.html		
Krebsregister Kanton Genf - RGT	Alle	www.unige.ch/medecine/rgt/index.html		
Krebsregister Kanton Jura - RJT	Alle	-		
Krebsregister Kanton Neuenburg - RNT	Alle	www.lncc.ch/fr/registre_neuchatelois_des_tumeurs/index.cfm		
Krebsregister Kanton Tessin	Alle	www.ti.ch/tumori		

Krebsregister Kanton Thurgau - KRTG	Alle	www.krtg.ch/		
Krebsregister St. Gallen-Appenzell - KR SGA	Alle	krebsliga-sg.ch/de/index.cfm		
Krebsregister Kanton Waadt - RVT	Alle	-		
Walliser Krebsregister	Alle	www.ovs.ch/gesundheit/walliser-krebsregister.html		
Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	www.krebsregister.usz.ch		Spital Zollikerberg
Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden	Alle	www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-krebsregister.html		
Bemerkung				

H Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
HQuality	Gesamtspital	2008	2012	Bestanden ohne Auflagen
Arbeitssicherheit	Gesamtspital		2012	Bestanden ohne Auflagen
Qualitop	Physiotherapie	2003	2013	Bestanden
ISO-Norm ISO-Nummer 13485 : 2012	Zentralsterilisation	2013	2013	Bestanden ohne Auflagen

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit), welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Stärkung der gemeinsamen Werthaltungen	Steigerung der langfristigen Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit	Gesamtspital	12/ 2015
KIS	Verbesserung der internen Dokumentation, Minimierung der Papierdokumentation, Verbesserung der internen und externen Zusammenarbeit sowie Fehlerminimierung im Medikationsprozess, indem organisatorische Massnahmen erarbeitet werden.	Interdisziplinäre Projektgruppe KIS	Stufe IIa bis 2015
eHealth	Zugriff auf Patientendokumente, wie Radiologiebilder	Gesamtspital	8/ 2014
„Minimierung von Störungen auf der Maternité“	Verbesserung der Zufriedenheit der Patientinnen	Maternité	Fortlaufend
Medikamentensicherheit	Eine Patientengefährdung durch Medikamentenverordnungen ist möglichst ausgeschlossen.	Gesamtspital	4/ 2014
CIRS	Qualitätsverbesserung und Fehlerminimierung durch kontinuierliche Auswertung des internen Meldesystem für kritische Zwischenfälle: Erweiterung des Meldekreises	Gesamtspital	2014
„Verbesserung der Kommunikationskompetenz der Mitarbeitenden“	Verbesserung der Kommunikationskompetenz der Mitarbeitenden gegenüber Patientinnen	Gesamtspital	Fortlaufend

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?		
☐	**Nein**, unser Betrieb hat kein CIRS?	
	Begründung	
☒	**Ja,** unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.	
	☒	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert und im Intranet abgelegt.
	Bemerkung	Das Spital Zollikerberg arbeitet seit 2010 mit CIRS.

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitel	**Medikamentensicherheit**	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Eine Patientengefährdung durch Medikamentenverordnungen ist möglichst ausgeschlossen.	
Beschreibung	Dieses interdisziplinäre Projekt, soll die Gefährdung der Patientinnen und Patienten durch Medikamentenverordnungen möglichst ausschliessen. Dies erfolgt in dem ein neues Medikamententool im akutellen Klinikinformationssystem eingeführt wird sowie über den Vergleich des gesamten Verordnungsprozesses mit allgemeinen anerkannten Sicherheitsstandards.	
Projektablauf / Methodik	- Sensibilisierung der CIRS-Verantwortlichen des Spitals bzgl. Medikamentensicherheit - Auswertung aller CIRS-Fälle (unter Stichwort: Medikamentensicherheit) - Analyse interner Dokumente IST-SOLL - Planung des Wissenstransfers (interne Fortbildungen, Besuch ext. Tagungen etc.)	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	.....	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	.....	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	.....	
Involvierte Berufsgruppen	Spitalapotheke, Klinikleitungen, CIRS-Verantwortliche, Pflegeexpertinnen, Fachexpertinnen Pflege, Hygieneverantwortliche	
Projektevaluation / Konsequenzen	- Fehlende Standards sind ergänzt und publiziert - Kurzfortbildung durch Spitalapothekerinnen - Anpassung der Darstellung der Medikamententools des Klinikinformationssystems - Etikettierung erfolgt nach ISO Norm für i.v. Medikamente - Anschlüsse der Sondennahrung wurden farblich abgeändert - Patientinnen und Patienten erhalten die Medikamente bei Austritt bei Bedarf mit - Apothekerinnen prüfen das Rezept auf Interaktionen - Prozess und Ergebnisse vor der Spitalleitung berichtet;	
Weiterführende Unterlagen	Dieses Projekt wurde unter Einbezug von internationalen und nationalen Empfehlungen (Standards) realisiert.	

I Schlusswort und Ausblick

Qualitativ hochstehende Leistungen zu erbringen fordert alle, die am Behandlungs- und Betreuungsprozess beteiligt sind, sei dies bei den Patientinnen und Patienten direkt oder als Supportdienstleistende. Qualität setzt tägliches Bemühen voraus.

Das Spital Zollikerberg setzt dabei auf:

- die fachliche Kompetenz seiner Mitarbeitenden
- eine verlässliche Teamleistung
- persönliche Zuwendung

J Anhänge

Herausgeber

Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
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, Rehabilitation und Langzeitpflege 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 Leistungs-erbringern 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.

Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitäts-entwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungs-qualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW). Die Begleitkommission Qualitätsmessung der SAMW prüft publizierte Qualitätsberichte und ist bereit die Verwendung der verwendeten H+ Vorlage.