

# Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+



Spital Zollikerberg Trichtenhauserstrasse 20 8125 Zollikerberg www.spitalzollikerberg.ch

Freigabe am: 28. Mai 2015

durch: Susanne Hentsch MPH

**QM – Koordinatorin des Spitals** 

Leiterin der Abteilung Entwicklung und Koordination

### **Impressum**

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2014.

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.

#### Kontaktperson Qualitätsbericht 2014

Frau
Susanne Hentsch MPH
QM – Koordinatorin des Spitals
Leiterin der Abteilung Entwicklung und Koordination
044/397 22 18
susanne.hentsch@spitalzollikerberg.ch

## Vorwort von 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 und gewissen kantonalen Messungen teil.

Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) werden Qualitätsmessungen in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungs-qualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2014 das zweite nationale Pilot-programm "progress! Sichere Medikation an Schnittstellen". Ziel ist es die Patientensicherheit bei der medikamentösen Therapie an Behandlungsschnittstellen zu verbessern. 2013 startete die Stiftung bereits ein Programm, das auf die Sicherheit in der Chirurgie fokussiert ist. Die beiden Programme sind Bestandteile der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in diesem Bericht publizierten Resultate der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messresultate zwischen den Betrieben sind gewisse Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum einen sollte das Leistungsangebot (vgl. C2) ähnlich sein. Ein Regionalspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messresultate unterschiedlich zu werten sind. Zum anderen die Spitäler und Kliniken verschiedene Messinstrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebungsmethodik und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.ang.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller Direktor H+

## **Inhaltsverzeichnis**

Α	Einle	itung	1
В	Quali	tätsstrategie	2
	B1	Qualitätsstrategie und -ziele	
	B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014	2
	B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014	2
	B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	2
	B5	Organisation des Qualitätsmanagements (Stand 2015)	4
	B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betri	ebliche Kennzahlen und Angebot	5
	C1	Kennzahlen 2014	5
	C2	Angebotsübersicht	
	C3	Leistungsangebot in der Psychiatrie	
		nnzahlen Rehabilitation 2014	
	C4-	5 5	
	C4-	3. 3	
	C4-		
	C4-		
D		edenheitsmessungen	13
	D1	OPF Patientenzufriedenheit	
	D2	Angehörigenzufriedenheit Neonatologie	
	D3	Mitarbeiterzufriedenheit	
_	D4	Zuweiserzufriedenheit	
Ε		onale Qualitätsmessungen ANQ	21
	E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	
	E1-		
	E1-	3 - 1	
	E1-		
	E1- E1-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	E1-	7 SIRIS Implantatregister  Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie	
	E2-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	E2-	1 7	
	E3	Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation	
	E3-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	_	2 Bereichsspezifische Messungen	
F		ere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014	45
•	F1	Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso)	
	F2	Stürze - hcri (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)	
	F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)	
	F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
	F5	Dauerkatheter	
	F6	Weiteres Messthema	
G		sterübersicht	52
	_	esserungsaktivitäten und -projekte	59
•	H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	
	H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	
	H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	
ı		sswort und Ausblick	63
J			64



#### 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.

## **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
- Spitalhygiene
- Palliativ Care
- Labor
- Ökologie
- Betrieblicher Gesundheitsschutz

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

#### B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014

Die Qualität der Dienstleistung des Spitals ist in den Unternehmenszielen 2014 verankert: "Die Patientinnen und Patienten attestieren dem Spital fachliche Kompetenz, verlässliche Teamleistung und persönliche Zuwendung". Darin eingeschlossen ist die Minimierung der Rehospitalisations- und Sturzrate.

#### B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

In den durchgeführten ANQ- und hcri-Messungen 2014 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.21 ff. (Abschnitt E) und unter der Rubrik: Verbesserungsaktivitäten und -projekte (S. 59 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 Qualitätsbericht 2014, Seite 2 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.

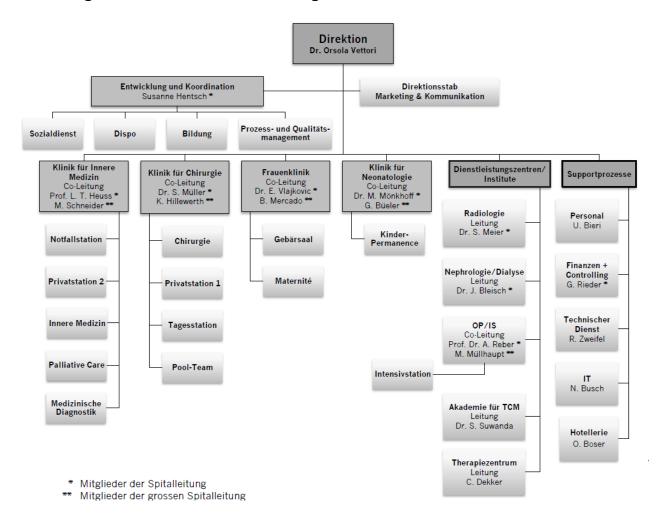
#### Aus-, Weiter- und Fortbildung

Das Spital bietet im Jahr 2014 diverse Aus- oder Weiterbildungsplätze an. Folgend wird die Anzahl vom gesamten Jahr beschrieben: Kaufmännisch Lernende (5), Systemtechniker (in Ausbildung = i.A.) (2), Fachmann/-frau Betriebsunterhalt i.A. (1), Medizintechniker i.A. (1), Lernende Fachfrau-, -mann Gesundheit (39), Studierende Hebammen (17), Studierende Pflegefachfrau, -fachmann FH (2), Studierende Pflegefachfrau, -fachmann HF OP (3), Medizinisch Technische Radiologie Assistentin i.A. (2), Pflegefachfrau, -fachmann Anästhesie i.A. (3), Dipl. Experten Intensivpflege i.A. (3), Physiotherapeuten FH i.A. (14). Zudem absolvieren 66 Assistenzärzte und 57 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 (Stand 2015)



$\boxtimes$	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.			
$\boxtimes$	Andere Organisationsform: Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung und Qualitätszirkel			
Für d	bbige 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@spitalzollik erberg.ch	Spitaldirektorin
Susanne Hentsch	044/397 22 18	susanne.hentsch@spital zollikerberg.ch	Leiterin der Abteilung Entwicklung und Koordination Qualitätskoordinatorin
Mira Zasowski	044/397 27 69	mira.zasowski@spitalzoll ikerberg.ch	Leiterin Rechnungswesen und Controlling



## 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.

Spitalgruppe					
☐ Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit	mit folgenden Fachbereichen:				
folgenden Standorten:	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation		
Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht:					
http://www.spitalzollikerberg.ch/qualitaet					

#### C1 Kennzahlen 2014

Die Kennzahlen 2014 finden Sie unter diesem Link oder im aktuellen Jahresbericht:

http://www.spitalzollikerberg.ch/qualitaet				
Bemerkungen				

## C2 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (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	Spital	Belegarzt
Herzgefässchirurgie	-	-

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden <b>Spezialisierungen</b> (Fachärzte spezialisiertes Pflegepersonal):	Spital	
Angiologie  ⊠ (Behandlung der Krankheiten von Blutund Lymphgefässen)	Spital	Konsiliararzt
Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Spital	
Gastroenterologie  ☑ (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Spital	
Geriatrie (Altersheilkunde)	Spital	
Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph-systems)	Spital	Konsiliararzt (Hirslanden)
Hepatologie  ⊠ (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	Spital	
☐ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Spital	Konsiliararzt (Triemli)
Kardiologie  ⊠ (Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen)	Spital	Interventionelle Kardiologie (Triemli, Hirslanden, USZ)
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	
Intensivmedizin	Spital	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	-	-
Kinderchirurgie	-	-
Langzeitpflege	-	-
Neurochirurgie	Spital	Belegärzte (nur Wirbelsäulenchirurgie)
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems)	Spital	Konsiliarärzte mit Praxis auf dem Areal
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Spital	Konsiliararzt, BelegärztInnen mit Praxis teilweise auf dem Areal

Angebotene medizinische Fachgebiete (3. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
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)	Spital	
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 Spitals, enge Zusammenarbeit
Neuropsychologie	-	
Physiotherapie	Spital	
Psychologie	Spital	Konsiliarärzte des ZEPT- Zentrums für Psychotherapie
Psychotherapie	Spital	Konsiliarärzte des ZEPT- Zentrums für Psychotherapie
Stomaberatung	Spital	
Wundberatung	Spital	



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf <u>www.spitalinformation.ch</u>, in der Rubrik "Angebot".

### C3 Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD	Angebot nach	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz
-Nr.	Hauptaustrittsdiagnose	(ambulant / stationär)	(mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen		
F1	Psychische Störungen und Verhaltens- störungen durch psychotrope Substanzen		
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen		
F3	Affektive Störungen		
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung		
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen		
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		
F7	Intelligenzminderung		
F8	Entwicklungsstörungen		
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend		



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf <a href="https://www.spitalinformation.ch">www.spitalinformation.ch</a>, in der Rubrik "Angebot".

#### C4 Kennzahlen Rehabilitation 2014

#### C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte, Anzahl Pflegetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient zu interpretieren?

Die Anzahl Austritte und Anzahl Pflegetage im Jahr 2014 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflegetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflegetage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflegetage
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische und onkologische Rehabilitation				
Kardiovaskuläre Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Paraplegiologische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Überwachungsabteilung (Intensivrehabilitation)				

#### C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

#### A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- Rehabilitationskliniken k\u00f6nnen ihr Fachwissen und ihre Infrastruktur auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spit\u00e4lern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbst\u00e4ndige Tageskliniken in St\u00e4dten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbarere, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbr\u00fcchen angeboten werden kann.
- Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen**, **ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.
- Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, nach Bedarf mit **externen Spezialisten** zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte "Konsiliardienste" zum Beispiel mit Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

Eigene externe Angebote in anderen Spitälern / Kliniken		stationär	ambulant
Nächstgelegenes Spital, Ort Leistungsangebot / Infrast		uktur	Distanz (km)
	Intensivstation in akutsomatis	km	
Notfall in akutsomatischem Spital		pital	km
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet		

#### C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)

## Welches Angebot bietet eine Klinik für einfachere Behandlungen oder für Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt?

Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische und onkologische Rehabilitation				
Kardiovaskuläre Rehabilitation	Spital	Gruppentherapien 3* pro Woche zwei Gruppen von je einer Stunde	48-64 pro Jahr	
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Paraplegiologische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation	Spital	Einzeltherapie 2* pro Woche eine Stunde	12-15 pro Jahr	
Überwachungsabteilung (Intensivrehabilitation)				

#### C4-4 Personelle Ressourcen

Vorhandene Spezialisierungen	Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort)
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	
Facharzt Neurologie	
Facharzt Pneumologie	
Facharzt Kardiologie	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	
Facharzt Psychiatrie	

Spezifische Fachärzte sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte	Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort)
Pflege	
Physiotherapie	3 Vollzeitstellen mit Ausbildung in Herzrehabilitation und/oder Lungenrehabilitation
Logopädie	
Ergotherapie	
Ernährungsberatung	
Neuropsychologie	

1	Die Tätigkeiten der Pflege und des therape deutlich von den Tätigkeiten in einem akuts diplomierten, rehabilitationsspezifischer	utischen Personals unterscheiden sich in der R somatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hin n Fachkräften.	dehabilitation weise zu den
	Qualitätah ariaht 2014	Ve o	Soite 42



## Zufriedenheitsmessungen

#### D1 OPF Patientenzufriedenheit

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

Für den nationalen Vergleich hat der Nationale Verein für Qualitätsentwicklungen in den Spitälern und Kliniken (ANQ) ein Kurzfragebogen konzipiert, der in der Akutsomatik und Rehabilitation eingesetzt wird. Die Messergebnisse und/oder Verbesserungsaktivitäten sind im Modul E dokumentiert.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
Nein, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht.					
Begründung					
	die Patientenzufriede	nheit.			
	r 2014 wurde eine Me	essung	g durchgeführt.		
Im Berichtsjah	r 2014 wurde allerdin	ıgs keii	ne Messung durcho	geführt.	
Die letzte Messung erfolg	gte im Jahr: 2013	Die	nächste Messung i	st vorgesehen im Jahr:	2016
An welchen Standorten / in	welchen Bereichen	wurd	e die letzte Befrag	ung durchgeführt?	
	☐ Im ganzen Betrieb / an ☐nur an folgenden allen Standorten, oder → Standorten:				
In allen Fachbereiche Abteilungen, oder →	_	in folge bereich	enden en / Abteilungen:	Chirurgie, Medizin, Frauenheilkunde	
Messergebnisse der letzten	n Befragung				
	Gesamtzufriedenh Wert	neits-	Wertung der Erg	ebnisse	
Gesamter Betrieb 83.9% Gesamtwert (Mittelwert in %, Teil A + B)					
Resultate pro Bereich	Resultate pro Bereich Gesamtzufriedenheits- Wert Wertung der Ergebnisse				
Chirurgie	82.0%		Zufriedene Patien + B	tinnen und Patienten in %	Teil A
Medizin	80.6%		Zufriedene Patien + B	tinnen und Patienten in %	Teil A
Frauenheilkunde	88.7%		Zufriedene Patien + B	tinnen und Patienten in %	Teil A
☐ Die Ergebnisse wurde	en bereits im folgende	em Qu	alitätsbericht publiz	iert:	
☐ Die Auswertung ist no	och nicht abgeschlo	ssen.	Es liegen noch kei	ne Ergebnisse vor.	
Unser Betrieb verzich	ntet auf die Publikat	i <b>on</b> de	r Ergebnisse.		
Begründung					
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten					
Das Ergebnis konnte im Vergleich zum letzten Jahr verbessert werden.					
Eingesetztes Messinstrume	ent bei der letzten B	efragu	ıng		
☐ Mecon 🖂	Anderes externes M	/lessins	strument		

	Picker	Name des	Outcome	Name des	Hcri
	PEQ	Instruments	Patientenbefragung	Messinstituts	
	MüPF(-27)		(OPF)		
	POC(-18)				
	PZ				
$\boxtimes$	OPF				
Benchr	mark				
	Eigenes, interne	es			
Instrum	nent				
Beschr	eibung des Instr	uments	Standardfragebogen		

Angaben zum untersuc	chten Kollektiv					
	Einschlusskriterien	- Alter - Stati Übe - Aust Pflet - Meh	<ul> <li>Alter ≥ 18 Jahre</li> <li>Stationärer Aufenthalt von mind. 3 Tagen (2 Übernachtungen)</li> <li>Austritt nach Hause (bzw. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Reha)</li> </ul>			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Ausschlusskriterien	- Vers und Ken - Pati in de - Pati Spit	chnerinnen storbene Patientinnen und nach Spitalaufenthalt, sofe ntnis erhält) entinnen und Patienten. O er CH entinnen und Patienten, di al verlegt werden entinnen und Patienten mi ptdiagnose	ern das Spi hne festen e in ein and	tal davon Wohnsitz deres	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		298				
Rücklauf in Prozent	Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	⊠ Ja	

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

Hat il	Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?					
	Nein, unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.					
$\boxtimes$	Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.					
	Bezeichnung der Stelle	Direktion				
	Name der Ansprechperson	Dr. O. Vettori				
	Funktion Spitaldirektion					
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)		Tagsüber via Sekretariat				
Bemerkungen  Jede schriftliche Reklamation wird beantwortet. A Patientinnen und Patienten erhalten bei Austritt e Feedbackfragebogen.						

### D2 Angehörigenzufriedenheit Neonatologie

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.

Wird	d die Angehörigenzuf	riedenheit im Betrieb ge	emessen?						
Nein, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht.									
_	Begründung								
$\boxtimes$	Ja, unser Betrieb miss	t die Angehörigenzufried	enheit.						
_		hr 2014 wurde eine Mes	sung durchgeführt.						
	☐ Im <b>Berichtsj</b> a	hr 2014 wurde allerdings	keine Messung durch	ngeführt.					
	Die letzte Messung erf	olgte im Jahr: 2012	Die nächste Messung	g ist vorgesehen im Jahr:	2015				
An v	velchen Standorten /	in welchen Bereichen w	urde die letzte Befra	gung durchgeführt?					
	Im ganzen Betrieb / ar Standorten, oder →	n allen 🔲nur an f Standorte	folgenden en:						
	In allen Fachbereicher Abteilungen, oder →		olgenden sichen / Abteilungen:	Neonatologie					
Mes	sergebnisse der letzte	en Befragung							
	_	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergeb	nisse					
Ges	amter Betrieb	78.9%	Gutes Gesamtergeb	nis der befragten Themen					
Res	ultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergeb	nisse					
Ärztl	iche Betreuung	84.5%	Gutes Ergebnis erzie	elt.					
Pfle	gerische Betreuung	86.2%	Gutes Ergebnis erzie	elt.					
Besi	uchszeiten	93.8%	Sehr gutes Ergebnis	erzielt.					
	Die Ergebnisse wurd	en bereits im folgendem (	Qualitätsbericht publiz	iert:					
	Die Auswertung ist n	och nicht abgeschlosse	n. Es liegen noch kei	ne Ergebnisse vor.					
$\boxtimes$	Unser Betrieb <b>verzic</b>	htet auf die Publikation	der Ergebnisse.						
	Begründung	S. U.							
	Die <b>Messergebnisse</b>	werden mit jenen von ar	nderen Spitälern <b>verg</b>	lichen (Benchmark).					
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten									
Ausv	wertung dient der betrie uiert und die daraus ab	eblichen Qualitätsverbess geleiteten Massnahmen	erung. Die Wünsche umgesetzt.	und Anliegen der Eltern wu					

Eing	ingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung						
	Externes Messinst	rument					
	Name des Instrum	ents		Name	des Messinstituts		
Beschreibung des Instruments			Fragebogen zu folgenden Themen: Zufriedenheit der Eltern in der ärztlichen und pflegerischen Betreuung sowie Allgemeines.				
Anga	iben zum untersuc	hten Kollektiv					
	mtheit der zu	Einschlusskriterien	- Stationär Aufenthalt auf der Neonatologie				
untersuchenden Angehörigen Ausschlusskriterien			-				
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			57 Fragebögen				
Rück	lauf in Prozent		51.49	%	Erinnerungsschreiber	n? Nein	☐ Ja

#### D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wir	Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
	Nein, unser Betrieb mi	sst die Mitarbeiterzufrie	edenheit <b>nicht</b> .			
	Begründung					
	Ja, unser Betrieb miss	t die Mitarbeiterzufriede	enheit.			
		hr 2014 wurde eine Me	ssung durchgeführt.			
·	☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.					
·	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2012 Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2016					
Δ	walahan Ctandantan /	in walahan Baraiahan	www.do.dio.lot-to.Dofron	a. dah aafühat?		
An	weichen Standorten /	in weichen Bereichen	wurde die letzte Befrag	jung durcngefunrt?		
	Im ganzen Betrieb / allen Standorten, od		an folgenden orten:			
	In allen Fachbereichen /nur in folgenden					
	Abteilungen, oder	→ Fachb	ereichen / Abteilungen:			
Me	ssergebnisse der letzte	en Befragung				
		Zufriedenheits- Werte in %				
Ge	samter Betrieb	73.9%	Wertung der Ergebnis	sse siehe Kommentar *		
	sultate pro emenkomplex	Ergebnisse				
Per	sönliche Einstellung	75.8%	Wertung der Ergebnis	sse siehe Kommentar *		
	anisatorische nmenbedingungen	72%				
	Die Ergebnisse wur	den bereits im folgende	m Qualitätsbericht publiz	ziert:		
	Die Auswertung ist	noch nicht abgeschlo	ssen. Es liegen noch kei	ne Ergebnisse vor.		
	Unser Betrieb verzi	chtet auf die Publikati	on der Ergebnisse.			
	Begründung					
$\boxtimes$	Die <b>Messergebniss</b>	se werden mit jenen vor	n anderen Spitälern <b>verg</b>	lichen (Benchmark).		
* Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten						
				ler Befragung wurde spita	lweit	
			rrete Massnahmenpläne			
			l ist u.a. dadurch erkennt	oar, dass das Thema:		
Mita	Mitarbeiter-Zufriedenheit in den Spitalzielen 2015 verankert wurde.					

Einge	Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
	Externes Messinstrument					
	Name des Instruments Mitarbeiterfragebogen Mame des icommit Messinstituts					
	Eigenes, internes Instru	ument				
Beschreibung des Instruments Standardisierter Fragebogen						

Angaben zum unt	Angaben zum untersuchten Kollektiv						
Gesamtheit der zu	Einschlusskriterien	- alle Mitarbeiter, die zu diesem Zeitpunkt im Spital Zollikerberg angestellt waren					
untersuchenden Mitarbeiter	Ausschlusskriterien	-					
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		411 Fragebögen					
Rücklauf in Prozent		44%	Erinnerungsschreiben?	Nein			

#### D4 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 Zuweiser-Zufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

Wird o	Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?						
	Nein, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht.						
	Begründung						
	Ja, unser Betrieb miss	t die 2	Zuweis	erzufried	enheit.		
	☐ Im Berichtsjahr	2014	wurde	eine Mes	sung durchgeführt.		
		2014	wurde	allerdings	s keine Messung durch	geführt.	
	Die letzte Messung erfo Jahr:	olgte i	m	2013	Die nächste Messung Jahr:	ist vorgesehen im	2015
An we	elchen Standorten / in v	velch	en Ber	eichen w	vurde die letzte Befrac	una durchaeführt?	
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder → ☐nur an folgenden Standorten:							
	In allen Fachbereichen Abteilungen, oder →						
Messe	ergebnisse der letzten	Befra	gung				
Messergebnisse Zufried Wert			denheits- Wertung der Ergebnisse				
Gesan	nter Betrieb						
Result	tate pro Bereich	Erge	rgebnisse Wertung der Ergebnisse				
	Die Ergebnisse wurder	n bere	its im f	olgenden	Qualitätsbericht publiz	iert.	
	Die Auswertung ist noc	ch nic	ht abg	eschlos	<b>sen</b> . Es liegen noch kei	ne Ergebnisse vor.	
	Unser Betrieb verzicht	et au	f die P	ublikatio	<b>n</b> der Ergebnisse.		
	Begründung						
	Die <b>Messergebnisse</b> v	werde	n mit je	enen von	anderen Spitälern <b>verg</b>	lichen (Benchmark).	
	Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten						

Einges	Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung								
	Externes Me	essinstrume	ent						
	Name des Instruments				Name des Messinstituts				
☐ Eigenes, internes Instrument									
Beschreibung des Instruments									
Annah			Kallaldi.						
Angab	en zum unt	ersucnten	Kollektiv						
Gesam zu	theit der	Einschluss	skriterien						
untersuchenden Zuweiser Ausschlusskriterien									
Anzahl vollständige und valide Fragebogen									
Rücklaı	uf in Prozen	t				Erinnerungsschreiber	n?	☐ Nein	☐Ja



### Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler 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.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereiche 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						
Por Mosselan 2014 dos ANO hoinhaltat falganda Qualitätemassungan	Unser B	Unser Betrieb nahm an				
Der Messplan 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:		folgenden Messthemen teil:				
		Nein	Dispens			
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen						
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen						
Messung der postoperativen Wundinfektionen						
Prävalenzmessung Sturz						
Prävalenzmessung Dekubitus						
Nationale Patientenbefragung						
SIRIS Implantatregister						
Kinderspezifischer Messplan						
Messung der Wundinfektionen nach Blinddarm-Entfernungen		$\square$				
Prävalenzmessung Dekubitus						
Nationale Elternbefragung						
Bemerkungen						

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQ: <a href="https://www.ang.ch">www.ang.ch</a>

#### E1-1 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, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. 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

Aktuelle Auswertur						
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall	Ergebnis <sup>1</sup>		
Intern	Extern		der erwarteten Rate (CI = 95%)	A, B oder C		
2.61%	0.25%	3.78%	3.47 - 4.07%	Α		
☐ Die Auswertu	ing 2014 mit den Dater	n 2013 ist <b>nicht abge</b>	eschlossen.			
☐ Unser Betriel	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung						

## Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Das Spital hat mit dieser Kategorie ein sehr gutes Ergebnis erzielt. Das Jahresziel des Spitals wurde mit dem vorliegenden Ergebnis erreicht.

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

Angaben zum unters	Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)			
untersuchenden Patienten	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.			
Anzahl auswertbare Austritte		6393			
Bemerkung					

Seite 22

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.

Qualitätsbericht 2014 V8.0

Spital Zollikerberg

### E1-2 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 werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. 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.ang.ch und www.sqlape.com

Aktuel	le Auswertungserge					
Beoba	chtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	<b>Ergebnis<sup>2</sup></b> A, B oder C		
1.98%		2.32%	2.07% - 2.57%	Α		
	Die Auswertung 201	4 mit den Daten 2013 ist <b>nicht a</b>	bgeschlossen.			
	Unser Betrieb verzio	chtet auf die Publikation der Er	gebnisse.			
,	Begründung					
	Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten					
Das S	Das Spital hat mit dieser Kategorie ein sehr gutes Ergebnis.					

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

Angaben zum untersu	Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)				
Patienten	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).				
Anzahl auswertbare Ope	erationen	4544				
Bemerkungen						

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 Qualitätsbericht 2014 V8.0 Spital Zollikerberg

#### E1-3 Messung der Wundinfektionen nach Operationen

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperativer 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 (sieht 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 Blindarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind ab dem 1. Oktober 2014 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. Eingriffe mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen) erfolgen zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2013 – 30. September 2014					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektions- messungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest- gestellter Wund- infektionen (N)	Infektions- rate %	Vertrauens- intervall <sup>3</sup> CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauens- intervall CI = 95%)
⊠ Gallenblase- Entfernungen	109	4	3.7%	1.0-9.1	3.33% (0.9-8.3)
☐ Blinddarm-Entfernungen					
Blinddarm-Entfernungen bei Kinder und Jugendlichen					
Hernienoperationen					
Dickdarmoperationen (Colon)	70	12	17.1%	9.2-28	21.5% (12.3- 33.5 )
☐ Kaiserschnitt (Sectio)					
Gebärmutter- entfernungen					
Wirbelsäulenchirurgie					
Magenbypass- operationen					
Rektumoperationen					
Unser Betrieb verzichtet a	auf die Publikat	<b>ion</b> der Ergebr	nisse.		
Begründung					

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> 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 2014 (1. Oktober 2013 – 31. September 2014) noch keine Resultate vor.

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)	Infektionsra te %	Vertrauens- intervall <sup>4</sup> CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauens- intervall CI = 95%)
☐ Herzchirurgie					
☐ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen					
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	88	3	3.4%	0.7-9.6	
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse 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 Verbesserungsaktivitäten

Die Erfassung der Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen wurde erstmalig durchgeführt. Aus diesem Grund sind dazu keine Vorjahreswerte vorhanden.

Die Infektionsrate bei Dickdarmoperationen konnte im Vergleich zum Vorjahr reduziert werden.

# Angaben zur Messung Auswertungsinstitut Swissnoso

Angaben zum unters	uchten 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	-
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Bemerkungen		

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> 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

Die nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene.

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

Angaben zur Messung				
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule			
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)			

#### Stürze

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten im Spital vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Deskriptive Messergebnisse 2014					
	<b>hI hospitalisierte Patienten,</b> die llen Spitalaufenthalts bis zum Stic		2	In Prozent	3.1 %
	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
	Begründung				

## Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Stichprobe ist sehr klein, insofern muss davon ausgegangen werden, dass das Ergebnis nicht repräsentativ ist.

Es handelt sich um nicht risikoadjustierte Ergebnisse. Die risikoadjustierten Ergebnisse wurden von ANQ für Oktober 2015 angekündigt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website <a href="www.anq.ch">www.anq.ch</a>.

Angaben zum ur	Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu unter- suchenden Patienten	Einschlusskriterien  Ausschlusskriterien	intermediate car konnten auf freiv werden.  - Vorhandene mü der Angehöriger  - Stationäre Patie - Säuglinge der W - Pädiatriestatione - Wochenbettstati	ratienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensie), Patienten zwischen 16 und rwilliger Basis in die Messung eir ndliche Einverständniserklärung noder der gesetzliche Vertretunnten, bei denen kein Einverstän rochenbettstation, en, Kinder und Jugendliche (≤ 1 onen, Notfallbereich, Tagesklinieich, Aufwachraum.	18 Jahre ngeschlossen g des Patienten, g. dnis vorliegt, 6 Jahre)	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		65	Anteil in Prozent (Antwortrate)	100%	
Bemerkungen	Bemerkungen				

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

#### **Dekubitus (Wundliegen)**

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.

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 Schwerkräften.

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. 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.

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

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-	Total: Kategorie 1 - 4	6	9.4 %
prävalenz	ohne Kategorie 1	1	1.6 %
Prävalenz nach Entstehungs- ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	3	4.7 %
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	1	1.6 %
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	1	1.6 %
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0 %

Deskriptive Mes	sergebnisse 2014	Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitus-	Total: Kategorie 1 - 4	3	37.5 %
prävalenz	ohne Kategorie 1	0	0 %
Prävalenz nach Entstehungs- ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	3	37.5%
	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%

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		

## Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Es handelt sich um nicht risikoadjustierte Ergebnisse. Die risikoadjustierten Ergebnisse wurden von ANQ für Oktober 2015 angekündigt. Erwachsene: Es handelt sich um eine sehr kleine Stichprobe. Kinder und Jugendliche: Es handelt sich um eine sehr kleine Stichprobe (n=8). Die Fälle sind kritisch betrachtet worden und entsprechende Massnahmen zur Minimierung der Dekubiti bei Säuglingen wurden zeitnah umgesetzt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website <a href="https://www.anq.ch.">www.anq.ch.</a>

Angaben zum un	Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der	Einschlusskriterien Erwachsene	<ul> <li>Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, inter-mediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.</li> </ul>			
zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	<ul> <li>Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care)</li> <li>Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung</li> </ul>			
	Ausschlusskriterien	<ul> <li>Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt,</li> <li>Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen</li> <li>Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		65	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	63.7%	
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche		8	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	100%	
Bemerkungen		LPZ Messung Kinder und Jugendliche wurde auf der Neonatologie durchgeführt.  LPZ Messung Erwachsene wurde im gesamten Spital durchgeführt.			

#### E1-5 ANQ Nationale Patientenbefragung 2014 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 Patienten-befragungen angebunden werden. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Aktuelle Messergebnisse					
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits- wert (Mittelwert)	Vertrauens- intervall <sup>6</sup> CI=95%	Wertung der Ergebnisse		
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.42	9.11 - 9.14	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.27	9.15 - 9.38	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet		
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.21	9.05 - 9.37	0 = nie 10 = immer		
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.09	8.93 - 9.24	0 = nie 10 = immer		
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.54	9.43 - 9.65	0 = nie 10 = immer		
Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

## Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Es konnte erneut eine überdurchschnittliche Patientenzufriedenheit erzielt werden.

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

\_

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> 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.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu	Einschlusskriterien	Patienten (≥ 18 Ja	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2014 das Spital verlassen haben.		
untersuchenden Patienten	Ausschlusskriterien	<ul> <li>Im Spital verstorbene Patienten</li> <li>Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur ei befragt.</li> </ul>			
Anzahl angeschrieb	ene Patienten	627 versandte Fragebögen			
Anzahl eingetroffener Fragenbogen		298	Rücklauf in Prozent	47.5%	
Bemerkungen					

#### E1-6 Nationale Elternbefragung 2014 im Kinderbereich 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.

Die Teilnahme an weiteren Angehörigenbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Messergebnisse 2014	Messergebnisse 2014			
Gesamter Betrieb		Zufriedenheits- Wert (Mittelwert)	Vertrauens- intervall <sup>7</sup> CI = 95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie dieses Spital in und in Ihrer Familie weitere				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 Pflegeperse über Ihr Kind stellten, beka die Sie verstehen konnten	men Sie Antworten,			0 = nie 10 = immer
Wurde Ihr Kind während de mit Respekt und Würde be				0 = nie 10 = immer
	ichtet auf die Publikation	der Ergebnisse.		
Begründung	können hierzu keine D  `Angehörigenzufrieder	uf Grund der sehr kleinen Fallzahl (n=6) und des ausbleibenden Rücklaufes önnen hierzu keine Daten publiziert werden. Unter der Rubrik D ungehörigenzufriedenheit` werden Ergebnisse der spitalinternen Messung zur ufriedenheit von Eltern auf der Station Neonatologie präsentiert.		

Kommentar zur Entwicklung	j der wessergebnisse,	, Praventionsmassnanmen	una /	oaer
Verbesserungsaktivitäten				

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website <a href="www.anq.ch">www.anq.ch</a>.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> 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.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv						
Gesamtheit der zu untersuchenden Kinder und Jugendlichen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2014 das Spital verlassen haben.				
	Ausschlusskriterien	- Patienten ohn	<ul> <li>Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal</li> </ul>			
Anzahl angeschriebe	ene Eltern					
Anzahl eingetroffener Fragenbogen			Rücklauf in Prozent	C	%	
Bemerkungen						

#### 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.

#### 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: <a href="https://www.anq.ch">www.anq.ch</a>

Bemerkungen			

Angaben zur Messung			
Auswertungsinstitut Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFM)			

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantaten	
Patienten	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben	
Bemerkungen			

#### E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie

Die ANQ-Messvorgaben in der Psychiatrie gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Einund Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Differenz zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet. Zusätzlich werden freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben, insofern eine Klinik solche einsetzt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messbeteiligung					
Der Messplan 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen	Unser Bet	Unser Betrieb nahm an			
und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	folgenden	folgenden Messthemen teil:			
	Ja	Nein	Dispens		
Erwachsenenpsychiatrie					
Symptombelastung (Fremdbewertung)					
Symptombelastung (Selbstbewertung)					
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen					
Kinder- und Jugendpsychiatrie					
Symptombelastung (Fremdbewertung)					
Symptombelastung (Selbstbewertung)					
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen					
Bemerkungen					

Da die Psychiatriekliniken sehr unterschiedliche Patientengruppen haben, lassen sich die klinikindividuellen Messergebnisse nur punktuell vergleichen. Nationale Vergleichswerte von Kliniken finden sich im Nationalen Vergleichsbericht Outcome des ANQ.

#### E2-1 Erwachsenenpsychiatrie

Die nationalen Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie erfolgen seit dem 1. Juli 2012.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung)	
Patienten	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Bemerkungen			

#### Symptombelastung (Fremdbewertung)

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Fremdbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse					
Beł (Mit	NOS handlungsergebnis ttelwert der Veränderung n Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung <sup>8</sup>	Maximal mögliche Verbesserung	
			- 48 Punkte	+ 48 Punkte	
	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
	Begründung				

	i e e e e e e e e e e e e e e e e e e e			
Kommentar zur Messung, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten				

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website <a href="https://www.anq.ch.">www.anq.ch.</a>

Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel	
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales)	

\_

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOS auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. "- 48 Punkte" treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 12 symptombezogenen HoNOS- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. "+ 48 Punkte" treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

#### Symptombelastung (Selbstbewertung)

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten.

Klinil	Klinikindividuelle Ergebnisse				
(Mitte	<b>Behandlungsergebnis</b> Wert der Veränderung Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung <sup>9</sup>	Maximal mögliche Verbesserung	
			- 212 Punkte	+ 212 Punkte	
	Unser Betrieb verzichtet	auf die Publikation der Ergebnisse.			
	Begründung				
Kom	Kommentar zur Messung, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten				

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website <a href="www.anq.ch">www.anq.ch</a>.

Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel	
Methode / Instrument	BSCL (Brief Symptom Checklist)	

\_

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim BSCL auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht der Patientin resp. des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. "- 212 Punkte" treten dann ein, wenn ein Patient bei Eintritt in seiner Selbsteinschätzung komplett ohne Symptome eintritt und bei Austritt in seiner Selbsteinschätzung bei allen 53 symptombezogenen BSCL-Fragen eine totale Verschlechterung eingetreten ist. "+ 212 Punkte" treten dann ein, wenn ein Patient in der Selbsteinschätzung bei Klinikeintritt maximal symptombelastet ist und sich bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

#### Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Diese sollten selten und nur gut begründet und v.a. unter zwingender Beachtung der nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse					
National vergleichende Erge www.anq.ch/psychiatrie	National vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: www.ang.ch/psychiatrie				
Deskriptive Angaben zur Erl	nebung finden sich im Kapitel F4.				
Bemerkungen					
Unser Betrieb hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.					
Angaben zur Messung					
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel				
Methode / Instrument EFM					

#### E2-2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden spezifische Qualitätsmessungen erarbeitet. Diese Messungen haben am 1. Juli 2013 begonnen.

#### Symptombelastung (Fremdbewertung)

HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 13 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Sicht der Behandelnden, Fremdbewertung).

Klini	Klinikindividuelle Ergebnisse					
HoNOSCA Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)		Standard- abweichung (+/-)	Maximale mögliche Verschlechterung <sup>10</sup>	Maximal mögliche Verbesserung		
			- 52 Punkte	+ 52 Punkte		
	Unser Betrieb verzicht	tet auf die Publikation d	er Ergebnisse.			
	Begründung					
Kom	Kommentar zur Messung, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten					

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website <a href="www.anq.ch">www.anq.ch</a>.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)

Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung)		
Patienten	Ausschlusskriterien	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie		
Bemerkungen				

\_

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOSCA auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. "- 52 Punkte" treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 13 symptombezogenen HoNOSCA- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. "+ 52 Punkte" treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

#### Symptombelastung (Selbstbewertung)

HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 13 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigen-sicht und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

Klinikindividuelle Ergebr	nisse			
HoNOSCA-SR Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung <sup>11</sup>	Maximal mögliche Verbesserung	
		- 52 Punkte	+ 52 Punkte	
Unser Betrieb verzio	chtet auf die Publikation de	er Ergebnisse.		
Begründung				
Kommentar zur Messung	, Präventionsmassnahme	n und / oder Verbesser	ungsaktivitäten	
Angaben zur Messung				
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel			
Methodo / Instrument  HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and				

Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten Einschlusskriterien		Alle Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab 14 Jahren (Vollerhebung)		
	Ausschlusskriterien	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie, Patienten unter 14 Jahren		
Bemerkungen				

Adolescents Self Rating)

\_

Methode / Instrument

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOSCA-SR auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. "- 52 Punkte" treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 13 symptombezogenen HoNOSCA-SR Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. "+ 52 Punkte" treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

#### Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Der EFM-KJP (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Diese sollten selten und nur gut begründet und v.a. unter zwingender Beachtung der nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Mes	sergebnisse
	onal vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: v.anq.ch/psychiatrie
Desk	criptive Angaben zur Erhebung finden sich im Kapitel F4.
Bem	erkungen
	Unser Betrieb hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	EFM-KJP

#### E3 Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation

Die ANQ-Messvorgaben in der Rehhabilitation gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten werden entsprechende Messinstrumente je nach Rehabilitationsart bei Ein- und Austritt eingesetzt. Die Patientenzufriedenheitsbefragung wir ebenfalls bei allen stationären Patienten durchgeführt.

Messbeteiligung							
Der Messplan 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen	Unser Bet	trieb nahm ai	n folgenden				
und -auswertungen für die stationäre Rehabilitation:	Messunge	en teil:					
, and the second	Ja	Nein	Dispens				
Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung							
Bereichsspezifische Messungen für							
a) muskuloskelettale Rehabilitation							
b) neurologische Rehabilitation							
c) kardiale Rehabilitation							
d) pulmonale Rehabilitation							
e) andere Rehabilitationstypen							
Bemerkungen							

Erläuterung zu den einzelnen Messungen und Methoden finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Webseite des ANQ: <a href="https://www.anq.ch/rehabilitation">www.anq.ch/rehabilitation</a>

#### E3-1 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation

Die nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation erfolgte in Anlehnung an die Befragung in der Akutsomatik. Die fünf Fragen sind jedoch an die Besonderheiten der Rehabilitation angepasst.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Messergebnisse 2014					
Gesamter Betrieb		Zufriedenheits- Wert (Mittelwert)	Vertrauens- intervall <sup>12</sup> CI=95%	Wertung der Ergebnisse	
Würden Sie für dieselbe Behandlu diese Rehabilitationsklinik komme			0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall		
Wie beurteilen Sie die Qualität de Rehabilitationsbehandlung, die Si haben?				0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
Wenn Sie Fragen an Ihre Ärztin o stellten, bekamen Sie verständlich				0 = nie 10 = immer	
Wie fanden Sie die Betreuung durch das therapeutische Personal, durch das Pflegepersonal und den Sozialdienst während Ihres Aufenthaltes?				0 = nie 10 = immer	
Wurden Sie während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes mit Re Würde behandelt?	espekt und			0 = nie 10 = immer	
Unser Betrieb verzichtet a	uf die Publikation	der Ergebnisse.			
Begründung					
Kommentar zur Entwicklung de Verbesserungsaktivitäten	r Messergebniss	se, Präventionsma	ssnahmen und	/ oder	

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

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 annäherungs-weise 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.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an <b>alle</b> stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im April und Mai 2014 aus einer Rehabilitationsklinik bzw. –abteilung eines Akutspitals ausgetreten sind.		
Patienten	Ausschlusskriterien  - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz - In der Klinik verstorbene Patienten - Mehrfach hospitalisierte Patienten wurden nur eine befragt.			
Anzahl angeschriebene Patienten				
Anzahl eingetroffener Fragebogen			Rücklauf in Prozent	
Bemerkungen				

#### E3-2 Bereichsspezifische Messungen

Für die Qualitätsmessungen in der muskuloskelettalen, neurologischen, kardialen und pulmonalen Rehabilitation sowie in anderen Rehabilitationsarten stehen insgesamt neun Instrumente zur Verfügung. Die Messungen sind in die klinische Routine eingebettet. Sie erfolgen bei allen stationär behandelten Rehabilitations-Patienten. Je nach Indikation werden jedoch andere Messinstrumente eingesetzt. Bei jedem Patienten kommen insgesamt zwei bis drei Instrumente jeweils bei Ein- und Austritt zur Anwendung.

Weiterführende Informationen zu den bereichsspezifischen Messungen im Bereich der Rehabilitation finden Sie unter <a href="https://www.ang.ch.">www.ang.ch.</a>

Angaben zur Messung					
Auswertungsinstitut	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Abteilung Rehabilitationsforschung				
Methode / Instrument	Muskuloskelettale u	nd neurologische Rehabilitation			
	Hauptziele (HZ) und 2	Hauptziele (HZ) und Zielerreichung (ZE)			
	Functional Independe	nce Measurement (FIM)			
	Erweiterter Barthel-Inc	dex (EBI)			
	Health Assessment Q	uestionnaire (HAQ)			
	Kardiale und pulmor	nale Rehabilitation			
	6-Minuten-Gehtest				
	Fahrrad-Ergometrie				
	MacNew Heart				
	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)				
	Feeling-Thermometer				
Messergebnisse	Messergebnisse				
		n für das Berichtsjahr 2014 noch nicht zur Verf Q Website veröffentlicht: <u>www.anq.ch/rehabilita</u>			
Bemerkungen					
Angaben zum untersuch	nten Kollektiv				
Gesamtheit der zu	Einschlusskriterien	Alle stationär behandelten erwachsenen Patienten			
untersuchenden Patienten	Ausschlusskriterien Patienten der Kinder- und Jugendrehabilitation				
Bemerkungen					



# Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014

## F1 Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso)

Messthema Infektione		Infektionen (and	ere als mit Swissr	noso)		
Was	Was wird gemessen?					
	elchen Stand ngeführt?	lorten	/ in welchen Bere	ichen wurde im Bo	erichtsjahr	2014 die Messung
	Im ganzen E Standorten,			nur an folgende Standorten:	n	
	In allen Facl Abteilungen		· · · · —	nur in folgender Fachbereichen / Abteilungen:	1	
Mess	ergebnisse					
Infek	tionen					
	Die Messun	ng 2014	4 ist noch <b>nicht a</b> k	<b>geschlossen</b> . Es li	egen noch l	keine Ergebnisse vor.
	Unser <b>Betri</b>	ieb vei	zichtet auf die P	ıblikation der Erge	bnisse.	
	Begründung	9				
	Die <b>Messer</b>	gebni	sse werden mit je	en von anderen Sp	itälern <b>verg</b>	lichen (Benchmark).
	esserungsakt			ebnisse, Präventi	onsmassin	annen unu / ouei
Einge	esetztes Mess	sinstrı	ıment im Bericht	sjahr 2014		
	Das Instrum entwickelt.	nent wi	urde betriebsinterr	Name des Instr	uments:	
	Das Instrum betriebsexte entwickelt.	_	urde von einer Fachinstanz	Name des Anbi	_	
Angaben zum untersuchten Kollektiv						
Gesa	mtheit der	Einsc	hlusskriterien			
unter	suchenden nten	Auss	chlusskriterien			
Anza	hl tatsächlich ι	untersu	uchte Patienten			
Beme	Bemerkungen					

## F2 Stürze - hcri (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)

Messthema	Stü	rze (ander	als mit der	Method	le LF	Z vom A	NQ)			
Was wird gemessen?				1000 Pflegetage und weitere Indikatoren bei allen ahre und älter sind.						
An welchen Standor durchgeführt?	rten / in	welchen	Bereichen	wurde	im	Berichts	jahr	2014	die	Messung
Im ganzen Betrie Standorten, ode		en 🗌	nur an fol	genden	Stan	dorten:				
In allen Fachber Abteilungen, ode			nur in folg Fachbereic		teilur	ngen:				
Messergebnisse										
Anzahl Stürze total		Anzahl m	it Behandlu	ngsfolg	en	Anzahl	ohne	Behar	ndlur	ngsfolge
2.8 pro 1000 Pflegetage	)		were Verletz chte Verletzu	•		62.6% k	eine \	/erletz	ung	
☐ Die Messung 20	14 ist <b>noc</b>	h nicht ab	geschlosser	<b>1</b> . Es lieg	gen n	och keine	Erge	bnisse	vor.	
Unser Betrieb v	erzichtet	auf die Pu	<b>olikation</b> der	· Ergebn	isse.					
Begründung										
	nisse wer	den mit jen	en von ander	en Spitä	lern	vergliche	n (Be	nchma	ark).	
Kommentar zur Entwie Verbesserungsaktivitä		r Messerg	ebnisse, Prä	ivention	sma	ssnahme	n und	d / ode	r	
Die Sturzzahl konnte in sturzgefährdet eingesch beruht auf eine hohe Se Einsatz von Hilfsmitteln Schwerpunkte gesetzt: (E-Learning) sowie Falll Das gesetzte Spitalziel	nätzt, davo ensibilisier . Um die N Schulung besprechu	on stürzten ung der Mit dinimierung von Mitarbe ngen.	3.5 % der Pa arbeiter auf d der Sturzrat eitenden, Auf	itienten. das Ther e weiterz nahme d	Dies na S zuver des T	es Ergebr turz und b folgen we hemas im	nis ist eweis rden Einfi	sehr post den l folgend ührung	ositiv korre de	und kten
Eingesetztes Messins	trument ii	n Berichts	jahr 2014							
Das Instrument entwickelt.	wurde bet	riebsintern	Name	des Instr	umer	nts:				
Das Instrument betriebsexterner entwickelt.				des Anbi tungsins			ho	cri		
Angaben zum untersu	chten Ko	llektiv								
Gesamtheit der zu		lusskriterie	n -	Alle Pa		nnen und nd	Patie	nten, c	die 16	3 Jahre
untersuchenden Patienten	Aussch	nlusskriterie	en -	Alle Pa		nnen und	Patie	nten, c	die jü	nger als

Bemerkungen:

Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten

29 von 1738

Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 77.6 Jahren.

## F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)

Messthema	Dekubitus (and	ere als mit der Methode LPZ von ANQ)							
Was wird gemessen?									
An welchen Standorten durchgeführt?	/ in welchen E	Bereichen	wurde	im	Berichts	jahr	2014	die	Messung
☐ Im ganzen Betrieb / ☐nur an folgenden Standorten: an allen Standorten, oder									
In allen Fachbereich Abteilungen, oder		nur in folg achbereic		teilur	ngen:				
Messergebnisse									
Anzahl vorhandene Deku bei Spitaleintritt / Rückve					ekubitus aufentha				
Die Messung 2014 i					och keine	Erge	bnisse	vor.	
Unser Betrieb verz	chtet auf die Publ	<b>ikation</b> der	Ergebni	sse.					
Begründung									
Die Messergebniss	e werden mit jenen	von ander	en Spitä	lern v	vergliche	n (Be	nchma	ırk).	
Kommentar zur Entwicklu Verbesserungsaktivitäten		onisse, Prä	vention	sma	ssnahme	n und	d / ode	r	
Eingesetztes Messinstrur	nent im Berichtsja	hr 2014							
Das Instrument wur entwickelt.	de betriebsintern	Name des	Instrum	ents	:				
Das Instrument wur betriebsexternen Fa entwickelt.		Name des Auswertu			der				
Angaben zum untersucht	en Kollektiv								
Luntarauchandan	Einschlusskriterien Ausschlusskriterier	1							
Anzahl tatsächlich untersuc	hter Patienten								
Bemerkungen									

#### F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschrä	änkende M	assnah	men					
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.							า	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messul durchgeführt?								Messung	
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten,		nur an folg Standorten:	enden						
In allen Fachbereich Abteilungen, oder	→ <u> </u>	nur in folge achbereich abteilungen:	en /						
Messergebnisse									
Freiheitsbeschränkende M	lassnahmen								
☐ Die Messung ist <b>noc</b>	h nicht abgeschlo	ssen. Es lie	egen no	ch ke	eine E	Ergebnis	se vor.		
Unser Betrieb verzi	chtet auf die Publi	<b>kation</b> der	Ergebni	sse.					
Begründung									
☐ Die Messergebniss	e werden mit jenen	von andere	n Spitäl	lern <b>v</b>	ergl	ichen (B	enchma	rk).	
Kommentar zur Entwicklu	na der Messeraeh	niceo Präv	/entions	emae	enal	hman ıır	nd / ode	r	
Verbesserungsaktivitäten	ing der messengeb	111330, 1 141	Cittoni	Jilias	Jilai	illicii ai	ia / ouc	•	
Ein wohlüberlegter und mög ein grosses Anliegen. Ein e bewegungseinschränkende Alle freiheitsbeschränkende	hischer Entscheidu n Massnahmen ist v	ngspfad zu vorhanden,	m Einsa sowie e	itz voi in da	n fre zuge	iheits- ur hörigen	nd Anwend		
Eingesetztes Messinstrun	nent im Berichtsjal	hr 2014							
Das Instrument wurde entwickelt.	betriebsintern	Name des	Instrum	ents:					
□ Das Instrument wurde		Name des	Instrum	ents:			FM		
ANQ Messung einges	etzt.					F	lodul reiheitsk lassnah		nränkende (LPZ)
Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.  Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:									
Angaben zum untersuchte	en Kollektiv								
	Einschlusskriterien								
untersuchenden	Ausschlusskriterien								
Bemerkungen									

#### F5 Dauerkatheter

Messt	thema	Dauerkatheter								
Was v	vird gemessen?	Anzahl Fälle mit	Dauerkathe	eter						
	relchen Standorter geführt?	n / in welchen	Bereichen	wurde	im	Beri	chtsjahr	2014	die	Messung
	Im ganzen Betrieb an allen Standorter →		nur an fol Standorten:	-						
	In allen Fachbereic Abteilungen, oder	$\rightarrow$	nur in folg Fachbereic Abteilunger	hen /						
Messe	ergebnisse									
Dauer	katheter									
	Die Messung 2014	ist noch nicht abg	jeschlosse	<b>n</b> . Es lie	gen n	och	keine Erg	ebnisse	e vor.	ı
	Unser Betrieb verz	ichtet auf die Pub	<b>likation</b> der	· Ergebni	sse.					
	Begründung									
	Die <b>Messergebnis</b>	<b>se</b> werden mit jener	n von ander	en Spitä	lern <b>v</b>	erg	ichen (Be	enchma	ırk).	
	nentar zur Entwickl sserungsaktivitäte		bnisse, Prä	ivention	smas	sna	hmen un	d / ode	r	
Einge	setztes Messinstru	ment im Berichtsja	ahr 2013							
	Das Instrument wu entwickelt.	rde betriebsintern	Name des	s Instrum	ents:					
	Das Instrument wu betriebsexternen F entwickelt.		Name des Auswertu			ler				
Angal	oen zum untersuch	ten Kollektiv								
Gesar	ntheit der zu	Einschlusskriterien								
unters Patien	uchenden ten	Ausschlusskriteriei	n							
Anzah	l tatsächlich untersu	chte Patienten								
Beme	rkungen									

#### F6 Weiteres Messthema

Messthema	Patientenzufriede	nheit Radiologie						
Was wird gemessen?	Patientenzufriede Radiologie	enheit der ambulanten Patientinnen und Patienten in der						
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messundurchgeführt?								
Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, d		.nur an folgenden Standorte	n:					
In allen Fachbereiche Abteilungen, oder		.nur in folgenden achbereichen / Abteilungen:	Radiologie					
Messergebnisse								
Gemessen wurde die Zufried Entlassung.			Empfang, Diagnostik und					
Sehr gutes Gesamtergebnis	von 9.44 von maxi	mai 10 Punkten erzieit.						
☐ Die Messung 2014 is:	t noch nicht abge	schlossen. Es liegen noch l	keine Ergebnisse vor.					
Unser Betrieb verzic	htet auf die Publi	<b>kation</b> der Ergebnisse.						
Begründung								
□ Die Messergebnisse	werden mit jenen	von anderen Spitälern <b>verg</b> l	lichen (Benchmark).					
Kommentar zur Entwicklung d Verbesserungsaktivitäten	der Messergebnisse	e, Präventionsmassnahmen u	nd / oder					
Die Patientenzufriedenheit kon Freundlichkeit, die Orientieru adäquate Information zum worden werden der Verlagen der Verl	ing an den Patiente	en über den Ablauf der Unte	rsuchungen sowie eine					
Eingesetztes Messinstrum	ent im Berichtsjal	nr 2014						
Das Instrument wurde k entwickelt.	petriebsintern	Name des Instruments:						
l <del></del>	betriebsexternen Fachinstanz Auswertungsinstitut:							
Angaben zum untersuchte	n Kollektiv							
untersuchenden Patienten	AUSSCHUSSKRITERIEN							
Anzahl tatsächlich untersuch	ter Patienten	235 ausgefüllte Fragebogen						
Bemerkungen								

#### **Weiteres Messthema:**

Messthema	hema Patientenzufriedenheit Dialysezentrum							
Was wird gemessen?  Patientenzufriedenheit der ambulanten Patientinnen und Patienten im Dialysezentrum								
An welchen Standorten durchgeführt?	/ in welchen Bereichen wurde im Berichts	sjahr 2014 die Messung						
Im ganzen Betrieb / an allen Standorten	$\hfill \square$ nur an folgenden Standorten: oder $\Rightarrow$							
In allen Fachbereich Abteilungen, oder	_	Dialysezentrum						
Messergebnisse								
Gemessen wurde die Zufrie Entlassung.	denheit der Patientinnen und Patienten bezgl. Emp	ofang, Diagnostik und						
Sehr gutes Gesamtergebni	s von 8.75 von maximal 10 Punkten erzielt.							
☐ Die Messung 2014	st <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch kein	e Ergebnisse vor.						
Unser Betrieb verz	chtet auf die Publikation der Ergebnisse.							
Begründung								
□ Die Messergebniss	☐ Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).							
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten								
Die Patientenzufriedenheit im Dialysezentrum konnte auf hohem Niveau erreicht werden. Eine nennenswerte Verbesserung zeigt sich in der Frage "Wenn Sie ein Problem hatten oder Hilfe benötigten, wurde auf Sie eingegangen" Einfühlungsvermögen und eine professionelle Kommunikation tragen								

nennenswerte Verbesserung zeigt sich in der Frage "Wenn Sie ein Problem hatten oder Hilfe benötigten, wurde auf Sie eingegangen". Einfühlungsvermögen und eine professionelle Kommunikation tragen entscheidend zur Zufriedenheit und einer vertrauensvollen Beziehung zu Patienten im Dialysezentrum bei.

Eing	Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014								
	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:							
	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	hcri						

Angaben zum untersuchten Kollektiv							
Gesamtheit der zu	Einschlusskriterien	Alle ambulanten Patientinnen und Patienten					
untersuchenden Patienten	Ausschlusskriterien	Alle stationären Patientinnen und Patienten					
Anzahl tatsächlich untersu	uchter Patienten	235 ausgefüllte Fragebogen					
Bemerkungen		-					



# Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitäts-sicherung 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 Un	Nimmt Unser Betrieb an Registern teil?						
	Nein, unser Betrieb nir	mmt an <b>keinen Registern</b> teil.					
	Begründung						
$\boxtimes$	<b>Ja</b> , unser Betrieb nimn	nt an folgenden <b>Registern</b> teil.					

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/sagm/ service/forum medizinische register.cfm

Registerübersicht				
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

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 / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-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		Spital Zollikerberg
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		Spital Zollikerberg
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

SOG	Ophthalmologie	SOG		
Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft	Cp.natamolog.c	www.sog-sso.ch		
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		
STR Schweizer Traumaregister	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.adjumed.ch		
SVGO Frakturregister - Osteoporosefrakturregiste r	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
<b>SwissNET</b> 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 <u>www.swissregard.ch</u>		
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		
<b>TR-DGU</b> 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/De partemente/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



# 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
Swissnoso	Erfassung der nosokomialen Infekte	2014	2014	Bestanden ohne Auflagen
ISO-Norm ISO-Nummer 13485	Zentralsterilisation	2013	2014	Bestanden ohne Auflagen
Qualitop	Physiotherapie	2003	2014	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)
"Verbesserung der Kommunikationskompetenz der Mitarbeitenden"	Verbesserung der Kommunikationskompetenz der Mitarbeitenden gegenüber Patientinnen und Patienten	Gesamtspital	2013-2015
Stärkung der gemeinsamen Werterhaltung	Steigerung der langfristigen Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit	Gesamtspital	2012 ff
Delirmanagement	Adäquate Prävention von Risikopatienten und Betreuung von deliranten Patienten während des Aufenthaltes im Akutspital	Gesamtspital	2014 ff
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	2014 ff
CIRS	Qualitätsverbesserungen und Fehlerminimierung durch kontinuierliche Auswertung des internen	Gesamtspital	Fortlaufend

		Meldesystems für kritische Zwischenfälle: Erweiterung des Meldekreises im Bereich Anästhesie und OP	
Hat o	der Betrieb ein C	IRS eingeführt?	
	Nein, unser Betrieb hat kein CIRS?		
	Begründung		
$\boxtimes$	<b>Ja</b> , unser Betriel	o hat 2010 ein CIRS eingeführt.	
		Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.	
	Bemerkungen		

### H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	Charta Spital Zollikerberg		
Projektart	⊠ internes Projekt	externes Projekt (z.B. mit Kanton)	
Projektziel	Verantwortungsvoller und transparenter Umgang mit begrenzten Ressourcen ganz zum Wohle des Patienten		
Beschreibung	Das Spital Zollikerberg verpflichtet sich vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen zur Einhaltung grundlegender Handlungsprinzipien in der Betreuung und Behandlung von Patienten. Dazu gehören z. B.; das Betreiben wissenschaftlicher Medizin nach den heutigen Regeln der Kunst, die Gleichberechtigung aller Patienten unabhängig ihres Versicherungsstatus, finanzielle Hintergründe haben keinen Einfluss auf medizinisch notwendige Massnahmen, das Betreiben der Medizin nach Augenmass, der Patient hat das Recht auf Selbstbestimmung und sorgfältige Aufklärung, der Patient steht im Mittelpunkt, einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit wird grosse Bedeutung beigemessen.		
Projektablauf / Methodik	uf / Methodik		
Einsatzgebiet	mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?		
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.		
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?		
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?		
Involvierte Berufsgruppen	Die Charta wurde zur Unterzeichnung an die Mitglieder der Spitalleitung, Leitende Ärztinnen und Ärzte, Oberärztinnen und Oberärzte, Stationsleitungen, alle akkreditierten Belegärztinnen und Belegärzte sowie die Bereichsleiterinnen und Bereichsleiter versandt. Mit der geleisteten Unterschrift wurde die Zustimmung zu den genannten Prinzipien bekräftigt.		
Projektevaluation / Konsequenzen	-		
Weiterführende Unterlagen	Die Charta ist im Intranet für alle Mitarbeitern ausgehändigt.	eiter zugängig und wird neuen	

Projekttitel	Aufbau des Angebotes einer Helpline für Frauen in Not und Etablierung eines Babyfensters		
Projektart		externes Projekt (z.B. mit Kanton)	
Projektziel	Umfassende Unterstützung für Mütter in	n Not und deren Babys	
Beschreibung	Spezielles Betreuungsangebot für Mütter in Not. Dazu wurde eine 24h Gratis-Helpline eingerichtet, in der sich Mütter in Notsituationen fachlich beraten lassen können. Zudem verfügt das Spital über die Möglichkeit des Zurücklassens des Babys in einem dafür speziell eingerichteten "Babyfenster". Die Mitarbeiter des Spitals sind geschult diese Babys in eine adäquate Betreuung zu übernehmen bzw. zu übergeben.		
Projektablauf / Methodik	Projektverlauf übergeordnet und im Spital: Beginn des Projektes im Jahr 2011, Einbezug der Gemeinde Zollikon und des Instituts Neumünster 2014 Einrichtung des Babyfensters		
Einsatzgebiet	mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?		

	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Hebammen, Pflegefachpersonen, Sozialdienst	
Projektevaluation / Konsequenzen	-	
Weiterführende Unterlagen	Weitere Informationen finden Sie unter folgendem Link: http://www.spitalzollikerberg.ch/index.php?id=1321	



### **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
- einen 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 Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Fachbereiche 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.



Die Qualitätsmessungen des ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung 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 Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW).