SPITALUSTER

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am: 17.10.2017
Durch: Sofie Perll, Leiterin Organisation & Entwicklung

Version 1

Spital Uster

www.spitaluster.ch

Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2016.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Frau
Vilija Greuter
Qualitätsmanagerin
044 911 10 55
vilija.greuter@spitaluster.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 teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

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 dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. Anhang 1) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum **2**

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz **3**

1 Einleitung **6**

2 Organisation des Qualitätsmanagements **7**
2.1 Organigramm 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 8

3 Qualitätsstrategie **9**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016 9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 10

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **11**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen 11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen
Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte 13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 15
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren 15
4.5 Registerübersicht 16
4.6 Zertifizierungsübersicht 17

QUALITÄTSMESSUNGEN **20**

Befragungen **21**

5 Patientenzufriedenheit **21**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik 21
5.2 Eigene Befragung 22
5.2.1 Ambulante Befragung (kardiale und pulmonale Rehabilitation sowie Diafit Programm) 22
5.3 Beschwerdemanagement 23

6 Angehörigenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

7 Mitarbeiterzufriedenheit **24**
7.1 Eigene Befragung 24
7.1.1 Mitarbeitendenbefragung 2016 24

8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

Behandlungsqualität **27**

9 Wiedereintritte **27**
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen 27

10 Operationen **29**
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen 29

11 Infektionen **31**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte 31

12 Stürze **33**
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz 33

13 Wundliegen **35**
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) 35

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen **37**
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen 37
14.1.1 Internationale Prävalenzmessung von Pflegeindikatoren: Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen 37

15 Psychische Symptombelastung
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.

16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand
Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.
17 Weitere Qualitätsmessungen
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.
18 Projekte im Detail 38
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 38
18.1.1 Relaunch Intranet 38
18.1.2 Planung Um- und Erweiterungsbau 38
18.1.3 Mitarbeitendenbefragung 39
18.1.4 Verpflegung 39
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 39
18.2.1 IQM Peer review Verfahren 39
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 39
18.3.1 Zertifizierung Swiss Cancer Network 39
19 Schlusswort und Ausblick 40
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 41
Akutsomatik 41
Anhang 2
Herausgeber 44

1 Einleitung

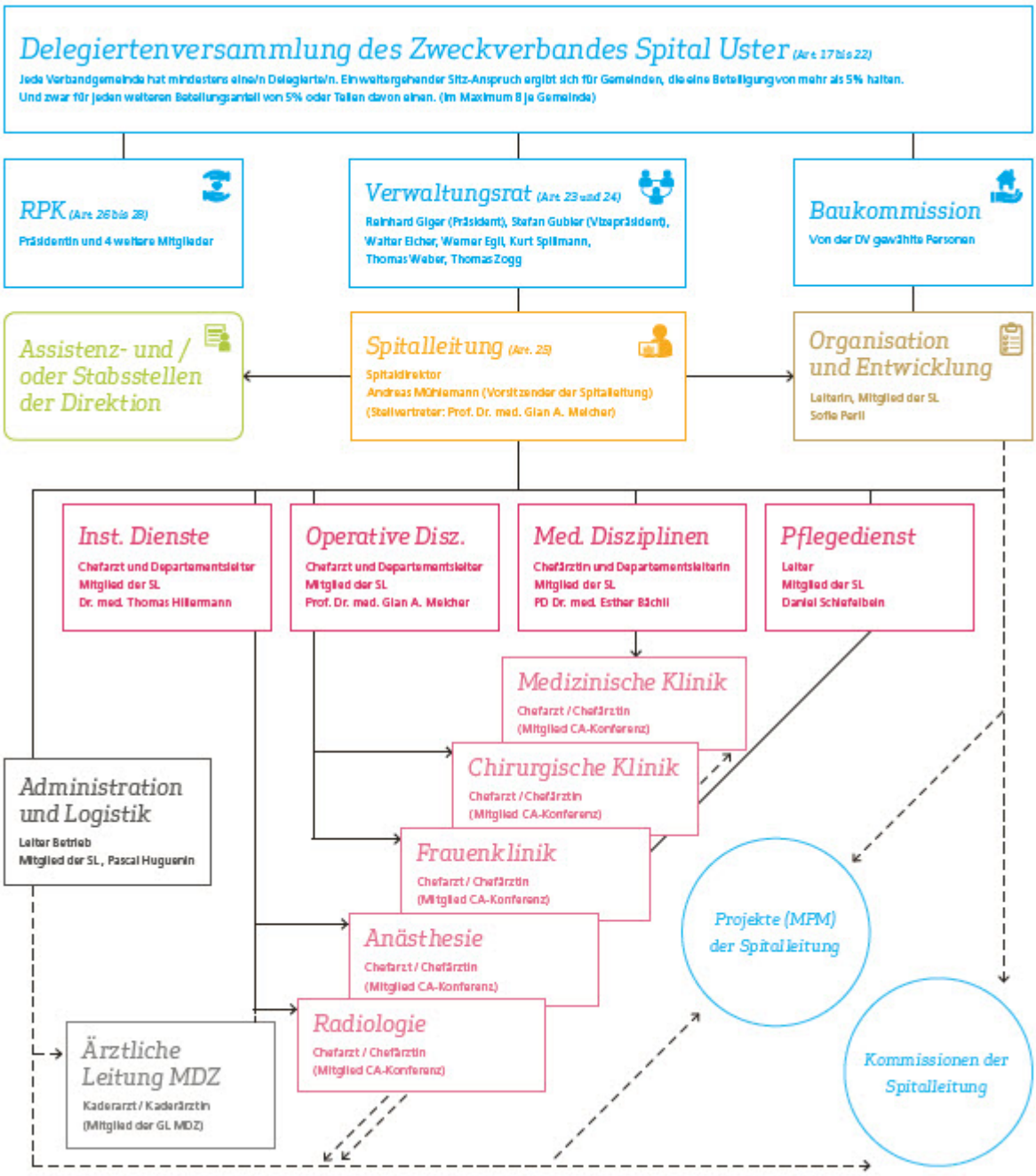
Spital Uster. Persönlich – kompetent – nah.

Das Spital Uster wurde am 14. November 1883 als Krankenasyl mit 7 Betten gegründet. Heute verfügen wir über rund 200 Betten und behandeln, versorgen und pflegen jährlich über 59 000 Personen. Unser Einzugsgebiet umfasst das Mittlere und Obere Glatttal sowie das Zürcher Oberland. Insgesamt engagieren sich rund 1200 Mitarbeitende für das Wohl der Patientinnen und Patienten. Als grösster Arbeitgeber von Uster sowie als Weiterbildungsstätte für über 200 Personen ist das Spital Uster Gegenwart und Zukunft zugleich.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Die Qualität verstehen wir in der Gesamtheit unserer Leistungen. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter prägt die Qualität der Leistungen und ist für sie mitverantwortlich.
Der Bereich Organisation & Entwicklung ist für den Aufbau und die Weiterentwicklung eines systematischen Qualitätsmanagements sowie für die Überwachung der Qualitätsaspekte des Geleisteten zuständig. Eine interne Qualitätskommission, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Spitalleitung, der Kliniken, des Pflegedienstes, der Hauswirtschaft sowie Bildung & Entwicklung, beaufsichtigt diese Aktivitäten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **120** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Vilija Greuter
Qualitätsmanagerin
Spital Uster
044 911 10 55
vilija.greuter@spitaluster.ch

Frau Sofie Perll
Leiterin Organisation & Entwicklung
Spital Uster
044 911 10 51
sofie.perll@spitaluster.ch

Frau Alexandra Kern
Leiterin CIRS Kommission
Spital Uster
044 911 20 70
alexandra.kern@spitaluster.ch

3 Qualitätsstrategie

Grundlage der Qualitätsstrategie bildet das Leitbild des Spitals Uster. ***„Wir sind den Patientinnen und Patienten verpflichtet und bieten ihnen eine bestmögliche Diagnostik, Behandlung und Pflege. Wir betreuen und beraten sie umfassend und gut.“*** Ziel des Qualitätsmanagements ist eine hohe Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit, die wiederum nur durch zufriedene Mitarbeitende erreicht werden kann.

Konkret setzten wir das wie folgt um:

- Sicherung und Ausbau des Know-hows der Mitarbeitenden
- Mitgliedschaft an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM)
- Führen eines Meldesystems für kritische Zwischenfälle (CIRS)
- Umsetzung gesetzlicher Qualitätsanforderungen wie auch Anforderungen zur Patientensicherheit und Sicherheit der Mitarbeitenden
- Akttive Teilnahme an den Messungen des Vereins für Qualitätsentwicklung in Kliniken und Spitälern (ANQ)
- Überwachen der Qualitätsmerkmale in den einzelnen Kliniken
- Befragungen zur Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten sowie zur Motivation von Mitarbeitenden
- Standardisierung und Weiterentwicklung der Prozesse
- Kontinuierliche Verbesserung der Infrastruktur

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

- Teilnahme am kantonalen Qualitäts-Audit zu den Zwischenfallmeldesystemen (CIRS) der Listenspitäler
- Weitere Planung des Um- und Erweiterungsbaus zwecks Erhöhung der Kapazitäten bei zunehmender Anzahl an Patientinnen und Patienten sowie Erfüllung steigender Anforderungen an die Infrastruktur
- Beteiligung am Projekt zur Einführung des elektronischen Patientendossiers im Kanton Zürich (eHealth). Das Spital Uster leistet damit einen Beitrag zur Etablierung eines effizienten und sicheren Austausches der Patientendaten
- Aufbau der strukturellen Voraussetzungen für das Wissensmanagement (Intranet)
- Etablierung der IQM (Initiative Qualitätsmedizin) Methodik zur Sicherung der medizinischen und pflegerischen Qualität
- Durchführung der Mitarbeitendenumfrage

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

- Die kantonale Überprüfung des Zwischenfallmeldesystems (CIRS) ist erfolgreich bestanden
- Die ANQ-Messungen sind durchgeführt. Die Messresultate entsprechen unseren Erwartungen
- Die Mitarbeitendenbefragung ist durchgeführt. Im Jahr 2017 folgt die Ableitung und Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen
- Das IQM (Initiative Qualitätssicherung) System zur Sicherung der medizinischen und pflegerischen Qualität ist etabliert. Die erste Perr Review findet im Jahr 2017 statt
- Zertifizierung Swiss Cancer Network ist abgeschlossen
- Rezertifizierung des Wundbehandlungszentrums ist erfolgt

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Ein Qualitätskonzept wird erstellt. Ziel dabei ist eine Systematisierung der Qualitätsaktivitäten und Förderung eines einheitlichen Qualitätsverständnisses bei allen Mitarbeitenden
- Alle Aktivitäten zur Gewährleistung der höchsten Patientensicherheit werden kontinuierlich optimiert und an die aktuellen Vorschriften angepasst
- Das Projekt zum Um- und Erweiterungsbau wird weiterhin vorangetrieben. Das Bauende ist für das Jahr 2023 vorgesehen
- Die internen Prozesse (Abläufe) werden systematisiert und entsprechend dokumentiert
- Das Intranet – die Drehscheibe des Wissensmanagements – wird neu konzipiert und modernisiert
- Das klinische Informationssystem (KIS) wird neu konzipiert und modernisiert
- Ein bedarfgerechtes Multiprojektmanagement wird eingeführt
- Ein neues Reinigungskonzept wird erstellt und umgesetzt

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Akutsomatik
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
Patientenzufriedenheit
▪ Ambulante Befragung (kardiale und pulmonale Rehabilitation sowie Diafit Programm)
Mitarbeiterzufriedenheit
▪ Mitarbeitendenbefragung 2016

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Freiheitsbeschränkende Massnahmen
▪ Internationale Prävalenzmessung von Pflegeindikatoren: Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Relaunch Intranet

Ziel	Effizienter Zugang zu den benötigten Informationen sowie ein unkomplizierter Wissensaustausch zwischen den Abteilungen und Berufsgruppen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2015–2018

Planung Um- und Erweiterungsbau

Ziel	Die Infrastruktur entspricht den aktuellen Anforderungen und Bedürfnissen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2015–2023

Mitarbeitendenbefragung

Ziel	Evaluation zur Motivation der Mitarbeitenden. Ableitung und Umsetzung entsprechender Verbesserungsmassnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2016-2018

Projektreihe Patientensicherheit

Ziel	Analyse und Optimierung der bestehenden Prozesse im Bereich Patientenübergabe, -identifikation, -dokumentation sowie sichere Medikation
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Pflegedienst
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2015–2017

Einführung Multiprojektmanagement (MPM)

Ziel	Überblick und Steuerung der strategisch wichtigen und grossen Projekte am Spital Uster
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2016-2018

Zertifizierung Swiss Cancer Network

Ziel	Förderung der Behandlungs- und Betreuungsqualität für Tumorpatienten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Onkologie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2016

Verpflegung

Ziel	Verbesserung der Patientenzufriedenheit mit dem Essensangebot
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Hotellerie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	2016-2017

Antibiotika Steward-Ship

Ziel	Umsetzung der Strategien zum rationalen Einsatz von Antibiotika gemäss Richtlinien des Universitätsspital Zürich
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement Medizinische Disziplinen
Projekte: Laufzeit (von…bis)	dauernd

Smarter Medicine (SGAIM)

Ziel	Umsetzung aktueller Empfehlungen zur Vermeidung von Fehl- und Überversorgung in der Medizin
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Departement Medizinische Disziplinen
Projekte: Laufzeit (von…bis)	dauernd

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2015 eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

Bemerkungen
Das Critical Incident Reporting System (CIRS) ist Teil unseres Qualitäts- und Risikomanagements. Das gesamte Vorgehen und die einzelnen Zuständigkeiten sind im CIRS-Konzept Spital Uster definiert und geregelt. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich überprüfte das CIRS-System in Bezug auf Qualitätsanforderungen und bestätigte, dass das den Vorgaben entspricht.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2016 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitatsmethodik/qualitatsergebnisse/ abrufbar.
Diese wurde basierend auf Routinedaten berechneten und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Bemerkungen
Das erste Peer Review findet im Jahr 2017 statt.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
NICER Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org	2000
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1983
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	1997
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	2007

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	**Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet**	**Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment**	**Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment**	**Kommentare**
EnAW Zertifikat (Energie-Agentur der Wirtschaft)	ganzer Betrieb	2006	2015	Das Spital Uster hat einen hohen Energiebedarf. Wir setzen uns daher aus Überzeugung für einen nachhaltigen Klimaschutz ein.
Gütesiegel HQuality®	ganzer Betrieb	2007	2013	Mit diesem Gütesiegel bieten wir privat und halbprivat versicherten Personen im Kanton Zürich klar definierte Leistungen, die über die freie Arztwahl und den Komfort von Ein- oder Zweibett-Zimmern hinausgehen.
IVR Zertifizierung (Interverband für Rettungswesen)	Rettungsdienst	2005	2014	Die IVR Zertifizierung garantiert, dass der Rettungsdienst des Spitals Uster die vorgeschriebenen Qualitätskriterien einhält. Die nächste Rezertifizierung findet im Jahr 2018 statt.
Swiss Olympic - Zertifizierung	Sportmedizin	2015	-	Das Sportmedizin-Team des Spitals Uster ist offiziell anerkannt als Anlaufstelle bei allen sportmedizinischen Fragestellungen.Rezertifizierung findet im Jahr 2018 statt.
SafW Zertifikat (Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung)	ganzer Betrieb	2013	2016	Das Zertifikat bestätigt eine hohe Versorgungsqualität. Unsere Patientinnen und Patienten erhalten aufeinander abgestimmte Dienstleistungen, die für eine erfolgreiche Wundbehandlung notwendig sind.

EKAS-Richtlinie Nr. 6508 (Zentralstelle für Arbeitssicherheit in der Schweiz)	ganzer Betrieb	2000	2015	Die Richtlinie regelt den Beizug von Arbeitsmedizinern sowie anderen Spezialisten der Arbeitssicherheit in den Betrieben.
Reinraumrichtlinien (SWKI/ SM; GMP/PIC; VDI 2083/3; EN ISO 14644-1/3)	OP-Bereich, ZSVA, Endoskopie und Zystoskopieraum	-	laufend, zweimal pro Jahr	Im Spital gibt es viele Räume, in denen perfekte Lufthygienebedingungen herrschen müssen. Zweimal im Jahr wird mittels Probenentnahmen überprüft, ob diese eingehalten werden.
Hygieneaudit	ganzer Betrieb	2008	laufend	Alle geltenden Standards sind im Hygienehandbuch geregelt. Die Hygieneberaterin überprüft regelmässig vor Ort, inwieweit die Regelungen umgesetzt werden.
SAKR Akkreditierung (Schweizerische Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation)	Ambulante kardiale Reha	2004	jährliche Überprüfung	Ambulantes Rehabilitationsprogramm als Nachbehandlung von stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Herzproblemen. Das Programm dauert drei Monate und umfasst 36 Trainingseinheiten, 15 Schulungsvorträge sowie eine Ernährungsberatung.
SGP Akkreditierung (Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie)	Ambulante pulmonale Reha	2013	jährliche Überprüfung	Ambulantes Rehabilitationsprogramm als Nachbehandlung von stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Lungenproblemen. Das Programm umfasst 36 Einheiten medizinischer Trainingstherapie, Schulungsvorträge sowie eine Ernährungsberatung.
SGED Akkreditierung (Schweizerische	DIAfit	2014	jährliche Überprüfung	Ambulantes Rehabilitationsprogramm für

Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetolgie)				Patientinnen und Patienten mit Stoffwechselerkrankungen. Das Programm dauert 12 Wochen und umfasst die Themen Bewegungstherapie, Ernährungsberatung, Diabetes- und ärztliche Beratung.
Weisse Liste Hygienetests SGG (Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie)	Gastroenterologie	-	laufend/zweimal pro Jahr	Die Mitglieder der SGG führen den Empfehlungen entsprechend zweimal jährlich eine bakteriologische Kontrolle aller Instrumente durch. Das Spital Uster ist auf der sogenannten "Weissen Liste", die bestätigt, dass seine Endoskope hygienisch einwandfrei sind
Gütesiegel "Westdeutsches Darm - Centrum (WDC)"	Chirurgie	2015	laufend	Das Qualitätssiegel garantiert eine nachgewiesene hohe Qualität der medizinischen Versorgung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Darmkrebspatienten.
Swiss Cancer Network	Onkologie	2016	jährlich	Die Vergabe des Zertifikats bestätigt, dass Betroffene in der zertifizierten Institution Zugang zu einer optimalen, fachübergreifenden Behandlung und Betreuung erhalten, die den aktuellen Qualitätsstandards entspricht.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

Den Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patienten-befragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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 Qualitätsaktivitäten

Im Jahr 2016 wurde der Fragebogen geändert und die Methodik der Datenauswertung angepasst. Die Auswertung bezog sich auf die absoluten und relativen Anteile der Antworten pro Antwortkategorie. Das Spital Uster erzielte weiterhin erfreuliche Ergebnisse. Nur 2-6% aller Befragten haben die gestelllten Fragen mit negativen Antwortkategorien bewertet.

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

5.2 Eigene Befragung

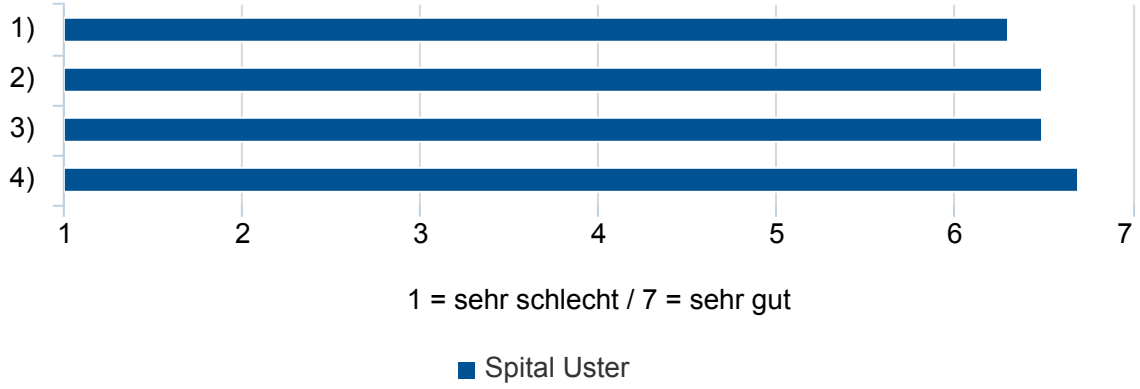
5.2.1 Ambulante Befragung (kardiale und pulmonale Rehabilitation sowie Diafit Programm)

Eine ambulante Befragung für die im Spital Uster angebotenen kardialen und pulmonalen Rehabilitation sowie für das Diafit-Programm wird seit April 2015 durchgeführt. Im Fragebogen beantworten die Patientinnen und Patienten gezielte Fragen zur Qualität der erhaltenen Therapie. Die Auswertung der Ergebnisse findet jährlich statt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Eingeschlossen sind alle ambulanten Patientinnen und Patienten der kardialen, pulmonalen und Diabetes Rehabilitation.
Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

1) Empfang
2) Therapie
3) Besprechung des weiteren Vorgehens
4) Gesamtbeurteilung



Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Messthemen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)	4)		
Spital Uster	6.30	6.50	6.50	6.70	66	44.00 %

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Fragebogen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spital Uster
Patientendienst
Esther Andersen
Mitarbeiterin Patientendienst
+41 (0)44 911 10 04
patientendienst@spitaluster.ch
Mo-Fr 08:00-12:00 und 13:00-17:00

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeitendenbefragung 2016

Die konzeptionelle Ausrichtung der Befragung zielte auf drei Arten von Aussagen:

- Wie ist die **Motivation** der Mitarbeitenden? (Ich Aussagen)
- Wie funktioniert die **Organisation**? (Stärken / Schwächen)
- Wo sind **Veränderungen** am wirksamsten? (Hebel)

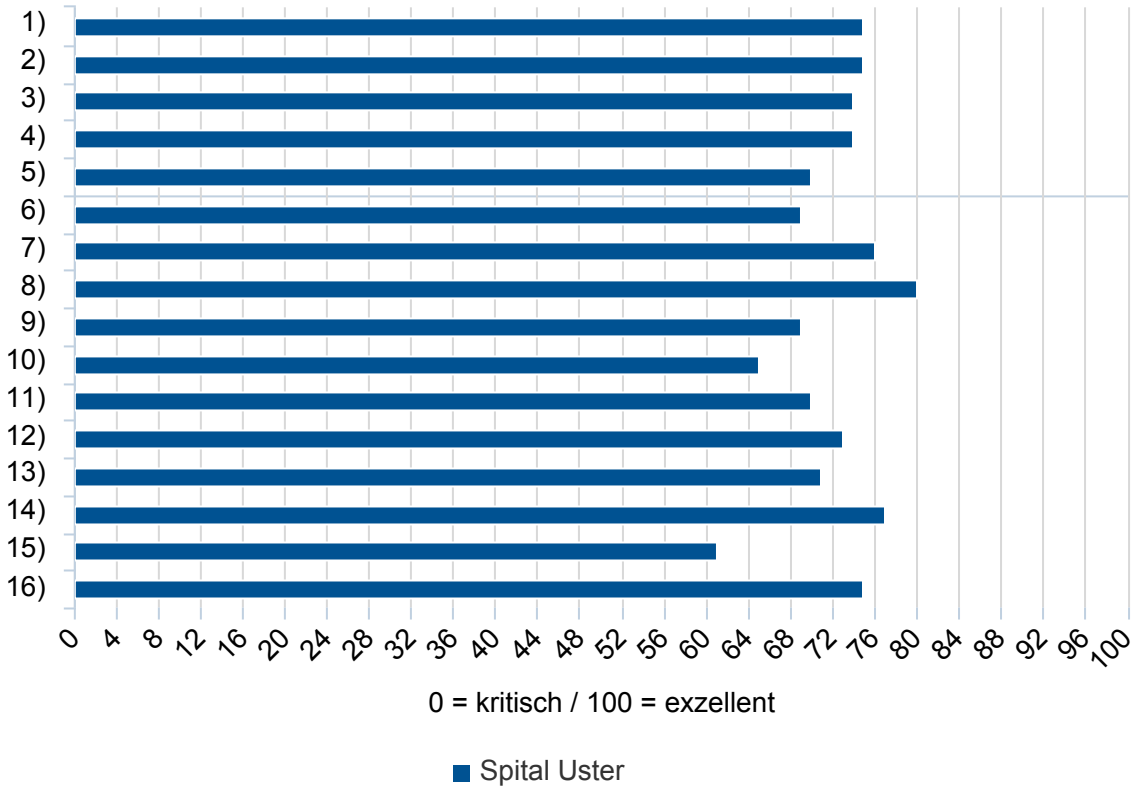
Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom September bis Oktober 2016 durchgeführt.
Fast alle Mitarbeitende des Spitals wurden aufgefordert an der Befragung teilzunehmen.
Ausgeschlossen waren:

- Unterassistenten
- Lernende und Praktikanten
- Beleg- und Konsiliarärzte
- Weitere externe, nur sporadisch im Spital Uster tätige Ärzte

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

1) Gesamtmotivation
2) Arbeitsinhalt
3) Eigenverantwortung & Partizipation
4) Zielorientiertes Arbeiten
5) Anerkennung & Feedback
6) Persönliche Perpektiven
7) Arbeiten im Team
8) Direkte(r) Vorgesetzte(r)
9) Arbeitsumfeld & Organisation
10) Gemeinsame Ausrichtung
11) Strategie & Leadership
12) Patientenorientiertes Arbeiten
13) Veränderung & Innovation
14) Fairness & Verantwortung
15) Lohn
16) Belastung



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Spital Uster	75.00	75.00	74.00	74.00	70.00

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	6)	7)	8)	9)	10)
Spital Uster	69.00	76.00	80.00	69.00	65.00

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	11)	12)	13)	14)	15)
Spital Uster	70.00	73.00	71.00	77.00	61.00

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	16)		
Spital Uster	75.00	686	62.00 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Der erreichte Motivationswert ist zufriedenstellend. Es ist erfreulich, dass die Mitarbeitenden sich in ihrem Mikroumfeld wohl fühlen: Die Werte des Spitals sind im Alltag gut verankert, die direkten Vorgesetzten erfüllen ihre Aufgaben hoch professionell und die Arbeit in den Teams funktioniert gut.
Zudem haben sich die Ergebnisse im Vergleich zur letzten Befragung im Jahr 2013 tendenziell verbessert.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	ValueQuest
Methode / Instrument	Fragebogen

Bemerkungen

Die nächste Befragung findet im Jahr 2019 statt.

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse		2012	2013	2014	2015
Spital Uster					
Beobachtete Rate	Intern:	3.86%	3.78%	4.22%	4.00%
	Extern:	0.39%	0.58%	0.47%	0.28%
Erwartete Rate (CI* = 95%)		4.42%	4.52%	4.32%	4.20% (3.83% - 4.56%)
Verhältnis der Raten***		0.96	0.96	1.09	1.02
Ergebnis** (A, B oder C)		B	B	C	in der Norm

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

** Wertung der Ergebisse:
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.

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.	
Spital Uster			
Anzahl auswertbare Austritte:		7879	

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).
Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

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

Messergebnisse

Datenanalyse	2012	2013	2014	2015
Spital Uster				
Beobachtete Rate	1.78%	1.76%	1.88%	1.72%
Erwartete Rate (CI* = 95%)	2.10%	1.87%	1.80%	1.83% (1.50% - 2.16%)
Verhältnis der Raten***	0.85	0.94	1.04	0.94
Ergebnis** (A, B oder C)	A	B	B	in der Norm

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

** Wertung der Ergebisse:
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.

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

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.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).	
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).	
Spital Uster			
Anzahl auswertbare Operationen:		4422	

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ Hernienoperationen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % 2013	2014	2015	adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
Spital Uster						
Hernienoperationen	340	5	2.00%	0.70%	0.90%	1.50% (0.50% - 3.40%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	74	18	16.00%	15.40%	19.10%	17.40% (8.70% - 26.00%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % 2012	2013	2014	adjustierte Infektionsrate % 2015 (CI*)
Spital Uster						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	83	0	1.20%	0.80%	2.00%	0.00% (0.00% - 0.43%)

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

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

Messergebnisse

	2013	2014	2015	2016
Spital Uster				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	3	9	9	2
In Prozent	3.60%	7.30%	7.10%	1.60%
Abweichung vom gewünschten Ergebnis*	-0.08	0.35	0.22	

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

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

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

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

Spital Uster

Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	128	Anteil in Prozent (Antwortrate)	74.40%

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

	Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Spital Uster						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 2-4	5	9	10	12	9.20%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	2	6	3	8	6.20%
	Abweichung vom gewünschten Ergebnis*	0.01	0.44	0.14		-

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

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.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

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

Spital Uster

Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	130	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	75.60%

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Internationale Prävalenzmessung von Pflegeindikatoren: Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Neben den nationalen vorgeschriebenen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus wird im Spital Uster freiwillig ein weiteres Pflegephänomen – freiheitsbeschränkende Massnahmen – in die Erhebung einbezogen. Die Messung wird parallel am gleichen Stichtag durchgeführt. Erfasst werden alle freiheitsbeschränkenden Massnahmen der vergangenen 30 Tage vor dem Stichtag der Erhebung. Unter freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FBM) versteht man „*Massnahmen, die die individuelle Bewegungsfreiheit der Patientinnen und Patienten beschränken; häufig zur Vorbeugung von gefährlichen oder risikovollen Situationen*“.

Weitere Informationen:https://ch.lpz-um.eu/de/CareIndicators/Restraints

Diese Messung haben wir im Monat November durchgeführt.
Eischlusskriterien:

- Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden
- Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung

Auschlusskriterien:

- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt
- Säuglinge der Wochenbettstation
- Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre)
- Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum

	2012	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Anzahl Teilnehmende	120	121	123	126	128
Inzidenz FBM	15 (12.4%)	10 (12.1%)	8 (6.5%)	20 (15.9%)	20 (15.6%)

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

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitatsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Relaunch Intranet

Das Intranet des Spitals Uster ist nicht mehr zeitgemäss und wird aktualisiert. Alle Bereiche und Kliniken sind im Projekt involviert. Die Projektziele wurden im Jahr 2016 angepasst.

Ziele	· Abdeckung der User Bedürfnisse · Verschaffung eines schnellen und vereinfachten Zugangs zu gesuchten Informationen · Etablieren eines Intranet Governance Systems · Flexibilität bzw. Erweiterbarkeit für zukünftige Bedürfnisse
Nicht-Ziele	· Etablierung eines systematischen Dokumentenmanagementsystems

Das Going-Live ist im Jahr 2018 geplant.

18.1.2 Planung Um- und Erweiterungsbau

Das Spital Uster plant einen Um- und Erweiterungsbau, damit seine Infrastruktur den aktuellen Anforderungen und Bedürfnissen entspricht.

Anforderungen	**Absichten**
Unsere Region wächst und der demografische Wandel beschleunigt sich. Die Nachfrage nach Leistungen des Spitals Uster nimmt zu	Der Um- und Erweiterungsbau schafft die dringend nötige Kapazität für Behandlung und Pflege
Mehr Betten für stationäre Patientinnen und Patienten	Im Akutbereich wird Raum für bis zu 270 Betten geschaffen (heute 207 Betten)
Optimal vernetzte, bedürfnisgerechte und wirtschaftlich erbrachte Leistungen	Im Erweiterungsbau ist eine Rehabilitation vorgesehen. Die Zürcher RehaZentren mieten sich ein
Eine zeitgemässe Infrastruktur	Die vorgesehenen Behandlungsräume entsprechen den aktuellen Vorgaben
Kurze Wege – rationale Abläufe	Das Spital wird gegenüber heute räumlich und betrieblich effizienter organisiert
Zufriedene und engagierte Mitarbeitende	Ein modernes Arbeitsumfeld und eine durchdachte Raumorganisation unterstützt und erleichtert die Zusammenarbeit

Bauende ist für das Jahr 2023 geplant. Weitere Informationen finden Sie unter: http://www.spitaluster-bau.ch/

18.1.3 Mitarbeitendenbefragung

Das primäre Ziel des Projektes ist die Motivation unserer Mitarbeitenden zu evaluieren und entsprechende Verbesserungsmassnahmen, wenn nötig, daraus abzuleiten.

Das Spital Uster ist der Meinung, dass motivierte Mitarbeitende:

- mehr Freude an der Arbeit haben
- Botschfter für den Arbeitgeber sind
- ein positives Arbeitsklima prägen
- ihrem Arbeitgeber länger treu bleiben
- besser mit anderen zusammen arbeiten
- eine höhere **Patientenzufriedenheit** bewirken

Projektablauf:

- Planen & Konzept erstellen
- Befragung durchführen
- Auswerten & Ergebnisse darstellen
- Präsentieren & Massnahmen umsetzen

Die Befragung und die Auswertung der erhobenen Daten fand in einer engen Zusammenarbeit mit dem Marktforschungsinstitut ValueQuest statt.
Die Präsentation der Ergebnisse und Umsetzung der Massnahmen findet im Jahr 2017 statt.

18.1.4 Verpflegung

Die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen aus dem Jahr 2015 deuteten darauf hin, dass die Essensversorgung im Spital Uster nicht optimal die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abdeckte.
Ziel des daraus folgenden Projektes war Handlungsfelder zu identifizieren und Verbesserungsmassnahmen abzuleiten. Die Umsetzung folgt im Jahr 2017.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 IQM Peer review Verfahren

Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) verfolgt das Ziel, Verbesserungspotenziale bei der medizinischen Behandlungsqualität sichtbar zu machen und ein aktives Fehlermanagement zu fördern. Die fortschrittliche IQM Methodik zur Qualitätssicherung wurde auch im Spital Uster etabliert. Das erste Peer Review findet im Jahr 2017 statt.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung Swiss Cancer Network

Im Dezember 2016 wurde dem Spital Uster das Zertifikat Swiss Cancer Network ausgetellt. Die Institutionen die das Zertifikat erhalten, behandeln und betreuen ihre Tumorpatienten gemäss international anerkannten Richtlinien sowie stimmen die Behandlungen in interdisziplinären Tumorboards ab.
Weitere Informationen finden Sie unter: http://swisscancernetwork.ch/

19 Schlusswort und Ausblick

Das Spital Uster bietet seinen Patientinnen und Patienten die bestmögliche Diagnostik, Behandlung und Pflege. Im Rahmen des Qualitätsmanagements wird die Qualität dieser Dienstleistungen überwacht und gesichert. Dazu braucht es systematische Ansätze, die unbürokratisch sind und den Patientennutzen im Fokus haben.

Um ein aktuelles Bild der Qualität zu erhalten, wird das Spital Uster weiterhin die nationalen Qualitätsmessungen durchführen und die Motivation seiner Mitarbeitenden evaluieren. Zudem werden die Grundsätze der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) eingehalten.

Ein weiterer Schwerpunkt im Qualitätsmanagement wird weiterhin die systematische Arbeit an unseren Prozessen sein. Der Fokus gilt dabei den reibungslosen Abläufen aus Sicht unserer Patientinnen und Patienten.

Um bestmögliche Dienstleistungen zu erbringen, brauchen unsere Mitarbeitenden entsprechende infrastrukturelle Rahmenbedingungen. Im Sinne des Patientenwohls sind wir bestrebt, unsere Infrastruktur laufend zu optimieren.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: Jahresbericht

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe
Grosse Lebereingriffe
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)

Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)
Herz
Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Polysomnographie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und >= 2000g)
Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und >= 1250g)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)

Onkologie
Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Herausgeber

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

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht

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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa

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

Weitere Gremien

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.
Siehe auch: www.anq.ch

Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.
Siehe auch: www.patientensicherheit.ch

Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).