

# Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am: 6. Mai 2021  
Durch: Sylwia Kohnert, Leiterin Organisationsentwicklung

Version 1



Spital Uster

[www.spitaluster.ch](http://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 2019.

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

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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2019

Herr  
Andreas Kohnert  
Qualitätsmanager  
044 911 10 55  
Andreas.Kohnert@spitaluster.ch

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil. Nach Akutsomatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualitätsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitätern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: [www.patientensicherheit.ch/momo](http://www.patientensicherheit.ch/momo).

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
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 .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	17
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren .....	17
4.5 Registerübersicht .....	18
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	20
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>23</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>24</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>24</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	24
5.2 Eigene Befragung .....	26
5.2.1 Ambulante Befragung (kardiale und pulmonale Rehabilitation sowie Diafit Programm) .....	26
5.3 Beschwerdemanagement .....	27
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>28</b>
7.1 Eigene Befragung .....	28
7.1.1 Mitarbeitendenbefragung 2016 .....	28
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>29</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>29</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	29
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>30</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	30
<b>12 Stürze</b> .....	<b>32</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	32
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>34</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	34
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung .....</b>	<b>36</b>
17.1	Weitere eigene Messung .....	36
17.1.1	Patientenzufriedenheit pulmonale und kardiale Physiotherapie .....	36
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>37</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	37
18.1.1	Stationsapotheke .....	37
18.1.2	Hygienekonzept .....	37
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019 .....	37
18.2.1	KISSUP .....	37
18.2.2	Dekubituskonzept.....	37
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	38
18.3.1	Qualität in Palliative Care.....	38
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>39</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>40</b>
Akutsomatik .....		40
<b>Herausgeber .....</b>		<b>42</b>

# 1 Einleitung

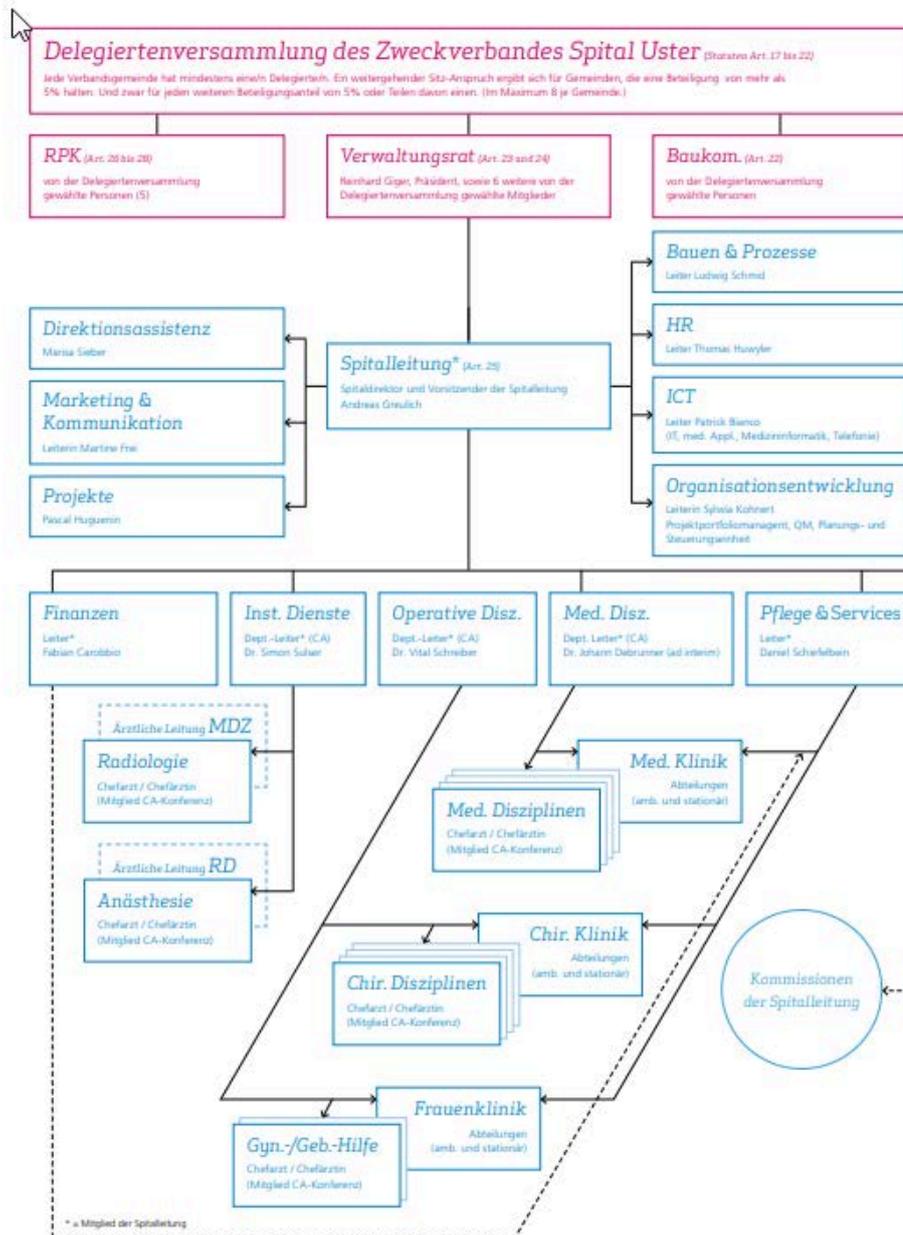
## **Spital Uster. Persönlich - kompetent - nah.**

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 fest in der Region verwurzelt. Wir sind eine feste Grösse in der Gesundheitsversorgung der Region und stellen mit unseren Qualitätsbemühungen sicher, dies auch in Zukunft leisten zu können.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Die Qualität im Spital Uster wird von der Qualitätskommission geleitet, die eine der Kommissionen der Spitalleitung darstellt (siehe Organigramm). Sie besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Spitalleitung, der Kliniken, des Pflegedienstes, der Hauswirtschaft sowie des Bereiches Bildung & Entwicklung und beaufsichtigt die Aktivitäten des Qualitätsmanagements.

Die Ausrichtung unseres Qualitätsverständnisses erfolgt unter den Gesichtspunkten der Patientenorientierung sowie der kontinuierlichen Verbesserung. Dabei zeigt sich unsere Qualität in der Gesamtheit unserer Leistungen. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter prägt die Qualität der Leistungen und ist für sie mitverantwortlich.

Im Bereich Organisation & Entwicklung wird ein systematisches Qualitätsmanagement etabliert, welches sowohl interne als auch externe Qualitätsmessung durchführt, deren Ergebnisse analysiert und Impulse setzt für die Kontrolle und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität im Spital Uster.

Das Qualitätsmanagement ist der Leitung Organisationsentwicklung unterstellt und im Stab Direktion angesiedelt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt 100 Stellenprozente zur Verfügung.

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Sylwia Kohnert  
Leiterin Organisationsentwicklung  
044 911 10 06  
[Sylwia.Kohnert@spitaluster.ch](mailto:Sylwia.Kohnert@spitaluster.ch)

Herr Andreas Kohnert  
Qualitätsmanager  
044 911 10 55  
[Andreas.Kohnert@spitaluster.ch](mailto:Andreas.Kohnert@spitaluster.ch)

Frau Alexandra Kern  
Leiterin CIRS Kommission  
044 911 20 70  
[Alexandra.Kern@spitaluster.ch](mailto:Alexandra.Kern@spitaluster.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Im Berichtsjahr hat die Leitung des Qualitätsmanagements am Spital Uster gewechselt. In diesem Rahmen wurde auch ein neues Qualitätskonzept erstellt, welches sich als Weiterentwicklung des bestehenden Konzeptes versteht, aber auch eine Konformität zur ISO-Norm 9001:2015 herstellt. Auch weiterhin ist das Leitbild des Spitals Uster die Grundlage der Qualitätsstrategie. Als Schnittmenge zwischen dem Leitbild und der ISO-Norm wurden 4 Schwerpunkte gesetzt, welches das Qualitätsmanagement des Spitals Uster in den nächsten Jahren prägen sollen. Im Einzelnen sind dies:

- Leadership und Mitarbeitendenorientierung
- Prozessorientierung
- Kontinuierliche Weiterentwicklung
- Konsequente Patientinnen- / Patienten- und Kundenorientierung

Diese Prinzipien werden zunächst auf die Kernprozesse des Spitals angewendet, also auf die Diagnostik, Therapie und Pflege von Patientinnen und Patienten. Als Vergleichsmaßstab dienen uns zum einen die Leistungen anderer, vergleichbarer Spitäler, vor allem aber auch unsere eigenen Leistungen. Im Zentrum stehen dabei konkret messbare und dementsprechend operationalisierte Leistungsparameter, um mit geeigneten Messmethoden einen nicht nur spürbaren, sondern auch messbaren Erfolg aufweisen zu können. Konkret setzen wir das wie folgt um:

- Anwendung von statistischen Methoden der quantitativen und qualitativen Forschung zur Evaluation
- Mitgliedschaft an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM)
- Mitgliedschaft unter anderem in qualitätsorientierten Verbänden des Kantons bzw. der Schweiz (z.B. VZK, SQMH, H+)
- Aktive Teilnahme an den Messungen des Vereins für Qualitätsentwicklung in Kliniken und Spitälern (ANQ)
- Führen eines Meldesystems für kritische Zwischenfälle (CIRS)
- Umsetzung gesetzlicher Qualitätsanforderungen wie auch Anforderungen zur Patientensicherheit und Sicherheit der Mitarbeitenden
- Überwachen der Qualitätsmerkmale in den einzelnen Kliniken
- Befragungen zur Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten sowie zur Motivation von Mitarbeitenden
- Detaillierte Analyse der Ergebnisse aller Messungen, um Ansatzpunkte für Verbesserungen zu finden
- Darstellung und Analyse von Prozessen mit dem Ziel der Prozessoptimierung
- Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsanbietern in der Region und der Stadt Uster
- Zertifizierung einzelner medizinischen Bereiche
- Sicherung und Ausbau des Know-hows der Mitarbeitenden
- Entwicklung interner Controlling-Instrumente

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

Im Spital Uster sind auch in diesem Berichtsjahr einige Projekte weiter geführt worden, die uns über einen längeren Zeitraum beschäftigen werden und deren Planung auch immer den Gedanken einer kontinuierlichen Verbesserung unsere Leistungen beinhaltet. Dies sind vor allem:

- Die Planung des Um- und Erweiterungsbaus zwecks Erhöhung der Kapazitäten sowie Erfüllung steigender Anforderungen an die Infrastruktur
- Der weitere Ausbau der strukturellen Voraussetzungen für das Wissensmanagement (Intranet,

Lernplattform)

Weiterhin sind speziell im Berichtsjahr folgende Aktivitäten zu erwähnen:

- Die Einführung des neuen klinischen Informationssystems KISISM (Ablösung von Phoenix)
- Die Implementierung des erneuerten Dekubitus-Konzeptes
- Die Palliative Care Zertifizierung

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

Die Einführung des neuen Klinik-Informationssystem (KIS), in den Vorjahren als Projekt "KISSUP" geführt, verlief erfreulich störungsfrei. Die umfangreich geplanten Rückfall- und Notfall-Massnahmen mussten nicht initiiert werden. Dank des Einsatzes des KIS-Teams und vieler Mitarbeiter aus allen Bereichen, die als "Superuser" die Einführung vor Ort begleitet haben (und dabei auch viele Kilometer zurücklegten) erfolgte die Umstellung von Phoenix auf KISIM reibungsarm. Selbstverständlich verbleiben noch weitere Anpassungen des KISIM in den Details.

Die schnelle und erfolgreiche Zertifizierung der Palliative Care im Spital Uster ist dank des Einsatzes der Beteiligten ein weiteres erreichtes Qualitätsziel des Jahres 2019.

Das neu entwickelte Dekubitus-Konzeptes ist im Jahr 2019 implementiert worden. Diese Umsetzung kann als Erfolg bezeichnet werden, sofern es um die Themen "Awareness" und Vollständigkeit der Schulungen der Mitarbeitenden geht. Leider ist der Erfolg in der ANQ-Prävalenzmessung nicht direkt sichtbar. Näheres dazu im Abschnitt zu den Qualitätsmessungen.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das Spital steht in den Jahren 2019 / 2020 und auch in den folgenden Jahren in einer Umbruchphase. Der Führungswechsel an der Spitze des Spitals, die Planungen und der durch die Corona-Krise bedingte Verzögerungen rund um die geplante Fusion mit der GZO Wetzikon als auch der geplante und nun begonnene Spital-Neu- und -Umbau sind momentan Veränderungsprojekte und -prozesse, die sowohl Risiken als auch Chancen beinhalten. Die wachsenden Anforderungen an die Nachweise von Qualitätssicherung und -förderung erfordern weitere Anpassungen im Qualitätsmanagement. Während im Jahr 2019 einige Entwicklungen in der Schwebe waren wollen wir im Jahr 2020 die Chancen für eine Weiterentwicklung unter anderem auch im Bereich des Qualitätsmanagement nutzen. Dabei werden vermehrt auch die Mittel der ICT zum Tragen kommen, um die Veränderungsprozesse effizienter zu gestalten.

## 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](http://www.anq.ch).

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

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulante Befragung (kardiale und pulmonale Rehabilitation sowie Diafit Programm)</li> </ul>

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Patientenzufriedenheit pulmonale und kardiale Physiotherapie</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Planung Um- und Erweiterungsbau

<b>Ziel</b>	Die Infrastruktur entspricht den aktuellen Anforderungen und Bedürfnissen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2015–2023
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

##### Antibiotika Steward-Ship

<b>Ziel</b>	Umsetzung der Strategien zum rationalen Einsatz von Antibiotika gemäss Richtlinien des Universitätsspital Zürich
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Departement Medizinische Disziplinen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	dauernd
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

##### Smarter Medicine (SGAIM)

<b>Ziel</b>	Umsetzung aktueller Empfehlungen zur Vermeidung von Fehl- und Überversorgung in der Medizin
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Departement Medizinische Disziplinen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	dauernd
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

## KISSUP Klinisches Informationssystem für Spital Uster Patienten Daten Managementsystem

<b>Ziel</b>	Einführung neuer Systeme für klinische Informationen und Patientendaten
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2017-2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Ein KIS ist der zentrale Sammelpunkt aller klinisch bedeutsamen Informationen und damit zentral für die nahtlose und fehlerfreie Behandlung unserer Patientinnen und Patienten
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle in die Kernprozesse eingebundenen Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Konkrete Umsetzungsplanung bis zum Go-Live November 2019

## Konzept Hebammengeleitete Geburt

<b>Ziel</b>	Individuelle Betreuung der Gebärenden in sicherer Spitalumgebung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gebärdabteilung
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2017-2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Evaluation ist für das Jahr 2020 geplant
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="https://www.spitaluster.ch/resources/infoblatt_hebammengeleitete_geburt_final_web.pdf">https://www.spitaluster.ch/resources/infoblatt_hebammengeleitete_geburt_final_web.pdf</a>

## RIS

<b>Ziel</b>	Vereinfachung der administrativen Abläufe und Bedienerfreundlichkeit durch ein innovatives, zeitgemässes Radiologieinformationssystem
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Radiologie
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2018 - 2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Radiologen (Ärzte), Radiologiefachpersonen (MTRA), Departementsmanagement, KIS-Team, IT-Team

## Stationsapotheke

<b>Ziel</b>	Mehr Sicherheit bei der Medikamentenversorgung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Bettenstationen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019-2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Umsetzungsprojekt durch entsprechende CIRS-Meldungen
<b>Methodik</b>	Pilotprojekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Bereichsmanagerinnen und -manager, Apothekerinnen

## Hitzemassnahmen im Sommer

<b>Ziel</b>	Lindernde Massnahmen während Hitzeperioden
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	In Zeiten des Klimawandels steigende Anzahl und Dauer von Hitzeperioden
<b>Methodik</b>	Pilot
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ganzes Spital
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Evaluation ist erfolgt, erfolgreiche Massnahmen werden in den kommenden Jahren weitergeführt

## Anpassung des Visitenprozesses sowie des Austrittsmanagements

<b>Ziel</b>	Struktur- und Prozessoptimierung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Departement operative Disziplinen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019 - 2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Optimierung der Bettenauslastung sowie Prozessanpassungen an "Ambulant vor stationär"
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interprofessionell

## Optimierung der Dekubitus-Prophylaxe

<b>Ziel</b>	Minimierung der Dekubitusfälle
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Pflegebereich
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Umsetzung des Dekubituskonzeptes
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegedienst, Qualitätsmanagement

## Lerninsel

<b>Ziel</b>	Bessere Strukturen für Auszubildende
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Pflege
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Gewährleistung des Ausbildungsauftrages durch die GD
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegedienst / Pflegebildung

## Patientenpfad Stomaversorgung

<b>Ziel</b>	Prozessoptimierung, Qualitätssteigerung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Wundambulatorium und Stomaberatung
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Koordination überbetrieblicher Dienstleistungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflegedienst und Spitex Uster

## Zertifizierung "Qualität in Palliative Care"

<b>Ziel</b>	Zertifizierung / Qualitätssteigerung in der palliativen Versorgung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	DMD, DOD, DID, Pflegedienst, Sozialdienst, Codierung, Organisation und Entwicklung
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Zertifizierung

## Überarbeitung des Pandemiekonzeptes

<b>Ziel</b>	Anpassung der Prozesse und Strukturen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Infektiologie / Hygiene
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Im Rahmen des internen Hygienekonzeptes erforderlich
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Hygienefachpersonen

## Erarbeitung eines Hygienekonzeptes

<b>Ziel</b>	Verschriftlichung und zugänglich machen des internen Hygienekonzeptes
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Infektiologie, Hygiene
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Einfacher Zugang zu den Hygienevorschriften für die Mitarbeitenden
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Infektiologin, Hygienefachfrauen, Intranbeauftragte

## Umfrage zur Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten 2019

<b>Ziel</b>	Zufriedenheitsbefragung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Allgemeine innere Medizin, Gastroenterologie, Medizinische Onkologie
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019
<b>Methodik</b>	Befragung durch das SIWF
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Assistenzärzte

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2013 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

#### Bemerkungen

Das Projekt der "Stationsapotheke" wurde aus dem CIRS heraus initiiert.

#### 4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2015 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 der 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.spitaluster.ch/de/Ueber-uns/Qualitaet/Qualitaetsmessungen/IQM-Qualitaetsergebnisse.665.html> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2017 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

## 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/themen/qualitaet-saqm/register.cfm](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>A-QUA CH</b> Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://sgar-ssar.ch/a-qua/">sgar-ssar.ch/a-qua/</a>	2009
<b>AMIS Plus</b> Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	1997
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatrie, Wundbehandlung	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2007
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	1983
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	2009
<b>MS</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	1998
<b>SAfW DB</b> Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG <a href="http://www.safw.ch">www.safw.ch</a>	2011
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin	2012

Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

		<a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	
<b>NICER</b> Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung <a href="http://www.nicer.org">www.nicer.org</a>	2000

## 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	2018	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 Lüfthygienebedingungen 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	DIAfit	2014	jährliche Überprüfung	Ambulantes

(Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie)				Rehabilitationsprogramm für 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.
QUALITÉPALLIATIVE	Bettenstationen	2019	2020	Dank des Auditprozesses steigt die Qualität. Die Betreuung wird überprüft und die Arbeitsweise valorisiert

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte		Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
	2016	2017	
<b>Spital Uster</b>			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.08	4.08	4.09 (4.13 - 4.15)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.52	4.50	4.49 (4.48 - 4.50)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.47	4.54	4.47 (4.50 - 4.52)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.41	4.40	4.34 (4.43 - 4.46)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.81	3.93	3.87 (3.93 - 3.96)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	90.00 %	87.60 %	87.40 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			790
Anzahl eingetreffener Fragebogen	296	Rücklauf in Prozent	37 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Die Ergebnisse sind vergleichbar mit denen von 2017. Im Bereich der Kommunikation wurden 2016 / 2017 gezielt Massnahmen ergriffen, die hierbei erzielten Verbesserungen scheinen den Erfolg dieser Massnahmen zu bestätigen.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im September 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

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

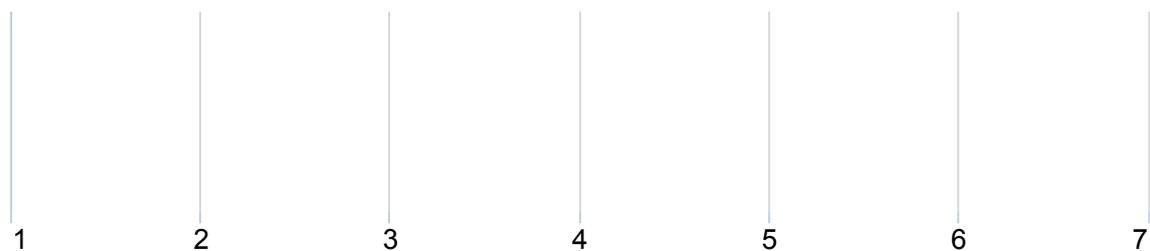
Eine ambulante Befragung für die im Spital Uster angebotenen kardialen und pulmonalen Rehabilitation sowie für das Diafit-Programm wird seit April 2015 durchgeführt. Im Fragebogen beantworten die Patientinnen und Patienten gezielte Fragen zur Qualität der erhaltenen Therapie. Die Auswertung der Ergebnisse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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.  
 Ambulante kardiale und pulmonale Physiotherapie sowie Diafit-Programm  
 Eingeschlossen sind alle ambulanten Patientinnen und Patienten der kardialen, pulmonalen und Diabetes Rehabilitation.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

1) 2) 3) 4)



1 = sehr schlecht / 7 = sehr gut

■ Spital Uster

Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Messthemen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)	4)		
Spital Uster	-	-	-	-		- %

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ValueQuest
Methode / Instrument	Fragebogen

### **5.3 Beschwerdemanagement**

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Spital Uster**

Patientendienst

Angela Christoffel

Mitarbeiterin Patientendienst

+41 (0)44 911 10 04

[patientendienst@spitaluster.ch](mailto:patientendienst@spitaluster.ch)

Mo-Fr 9:00 - 16:00

## 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 im Jahr 2016 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung folgt im Jahr 2022 über das gesamte Spital.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ValueQuest
Methode / Instrument	Fragebogen

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

#### Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2014	2015	2016	2017
<b>Spital Uster</b>				
Anteil externer Rehospitalisationen	4.69%	4.28%	4.42%	4.98%
Verhältnis der Raten*	1.09	1.02	1	1.08
Anzahl auswertbare Austritte 2017:				8153

\* 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 potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) 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.

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

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

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

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

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

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

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2018 – 30. September 2019

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2019 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2019 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2019 (CI*)
			2016	2017	2018	
<b>Spital Uster</b>						
Hernienoperationen	334	4	1.50%	1.10%	1.50%	1.20% (0.00% - 2.40%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	65	10	17.40%	8.30%	15.40%	12.90% (4.80% - 21.10%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
<b>Spital Uster</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenkprothesen	61	2	0.00%	0.00%	0.00%	3.20% (0.00% - 7.70%)

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

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

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

	2016	2017	2018	2019
<b>Spital Uster</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	5	2	3
In Prozent	1.60%	4.50%	1.80%	2.80%
Residuum* (CI** = 95%)	-0.54 (-1.29 - 0.21)	0 (-0.38 - 0.38)	-0.13 (-0.53 - 0.27)	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2019	108	Anteil in Prozent (Antwortrate)		77.10%

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

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

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 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 Scherkräften.

### 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 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](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			2019	In Prozent
		2016	2017	2018		
<b>Spital Uster</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	8	7	2	1	0.90%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0.69 (-0.03 - 1.41)	0.89 (0.10 - 1.67)	-0.01 (-0.31 - 0.29)	-0.1 (-0.80 - 0.60)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2019		Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			-	

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

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ

publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Die im Berichtsjahr durchgeführte Implementierung des Dekubitus-Konzeptes war insbesondere auf der Ebene der tiefergehenden Dekubitus sehr erfolgreich.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

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

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Patientenzufriedenheit pulmonale und kardiale Physiotherapie

Mittels eines standardisierten Fragebogens wird jährlich die Zufriedenheit der Patienten mit dem Angebot der ambulanten kardialen und pulmonalen Physiotherapie überprüft.

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.  
Physiotherapieabteilung des Spitals Uster

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse sind deskriptiv und liefern uns eine Möglichkeit, sie mit den Vorjahren zu vergleichen. Ein Übertrag dieser Messung in das Formular des H+-Berichtes wäre zu aufwändig und hätte zudem wenig Aussagekraft, da sie keine Wertung enthält.

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Stationsapotheke

Aufgrund von CIRS-Auswertungen werden mit diesem Projekt Verbesserungen sowohl in der Bewirtschaftung der Medikamente adressiert als auch Verbesserungen bei möglichen Verwechslungen angestrebt.

Aufgrund von Analysen und Gesprächen zwischen Pflegenden und Apothekerinnen wurden Umsetzungsmöglichkeiten für eine "Stationsapotheke" erarbeitet und umgesetzt.

Auf der Abteilung B3 wurde im dritten Quartal 2019 eine erste Stationsapotheke eingeführt. Diese wird von Pharmaassistentinnen geführt und diese richten nun auch die Medikamente für die Patientinnen und Patienten dieser Abteilung.

Evaluiert wird dieses Projekt zum einen durch eine Zufriedenheitsbefragung sowie auch durch Stichproben der Apothekerinnen bezüglich Medikamentenverwechslungen. Auch sollte sich eine Kostensenkung aufgrund geringerer Lagerhaltung aufzeigen lassen.

#### 18.1.2 Hygienekonzept

Basis des neuen Hygienekonzeptes war der Ankauf des entsprechenden Konzeptes vom UniversitätsSpital Zürich. Neben der umfangreichen Verschriftlichung bietet dieses Konzept auch eine sehr gute und für die Praxis geeignete Darstellung und Gliederung der Inhalte.

Das Konzept wurde durch die Hygieneverantwortlichen im Detail an die Bedingungen und Gegebenheiten des Spitals Uster angepasst.

Im nächsten Schritt wurde in Zusammenarbeit mit den Intranetverantwortlichen das Konzept in einer praxistauglichen Übersicht und Unterteilung online verfügbar gemacht. Auf die bisher üblichen, sehr umfangreichen Hygieneordner kann nun in vielen Bereichen verzichtet werden.

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

#### 18.2.1 KISSUP

KISSUP ist das Projekt zur Ablösung unseres alten Klinik-Informationssystem durch das Produkt KISIM der Fa. CISTEC. Da wir mit der alten Lösung nur eine Mischform zwischen Papier- und elektronischer Dokumentation erreichen konnten wurde nun die neue Plattform eingeführt. Unter Einbezug aller Mitarbeitenden, die von der Einführung des Systems betroffen waren wurden Anforderungen definiert, von unserem KIS-Team spezifiziert und dann von CISTEC umgesetzt. Nach einem umfangreichen Schulungsangebot für alle Mitarbeitenden wurde dann im November das System aktiviert. Die Einführung verlief zwar nicht reibungsfrei, jedoch musste auch nicht auf das für den Notfall bereitsstehende Ausfallkonzept zurückgegriffen werden. Somit war das "GoLife" ein guter Erfolg für alle an der Erarbeitung Beteiligten.

#### 18.2.2 Dekubituskonzept

Die Erarbeitung des neuen Dekubitus-Konzeptes begann schon im Jahr 2018. Grund waren unsere nicht zufriedenstellenden Ergebnisse in der ANQ-Prävalenzmessung. Das sehr umfassende Konzept enthält nicht nur die fachlichen Grundlagen in aktuellster Version, sondern umfasst auch ein Schulungskonzept sowohl für Mitarbeitende, Studierende als auch neu beginnende Mitarbeitende in der Zukunft. Weiterhin wurde auch die materielle Ausstattung von Lagerungskissen, Weichlagerungsmatratzen und Hautpflegemitteln verbessert und aktualisiert.

Die letzten Schulungen unseres Personals wurde Mitte 2019 abgeschlossen. Das interne Monitoring der Dekubitusprävalenz zeigt deutliche Verbesserungen, wir erwarten uns daher eine Verbesserung bei den ANQ-Messungen der kommenden Jahre.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Qualität in Palliative Care

Um die Qualität in der palliativen Versorgung unserer Patienten zu verbessern wurde eine Zertifizierung durch Qualité Palliative (<http://qualitepalliative.ch/>) angestrebt.

In ärztlicher und pflegerischer Zusammenarbeit wurden dazu Strukturen und Prozesse geschaffen, welche die angemessene Versorgung dieser besonders vulnerablen Patientengruppe ermöglichen. Die Zertifizierung wurde im 4. Quartal 2019 erfolgreich abgeschlossen.

## 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.

Dabei hilft uns, dass wir mehr als nur ein offenes Ohr für die Rückmeldungen unserer Patienten haben. Wir unternehmen grosse Anstrengungen, diese Rückmeldung zu sammeln, elektronisch zu erfassen, sie zu strukturieren und zu analysieren. Sie sind wesentlicher Bestandteil unserer fortlaufenden Weiterentwicklung.

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

### Akutsomatik

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

<b>Herz</b>
Herzchirurgie und Gefäßeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
<b>Nieren (Nephrologie)</b>
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie
Polysomnographie
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>
Thoraxchirurgie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Knochentumore
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq$ 2000g)
Neonatologie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
Nuklearmedizin
<b>Schwere Verletzungen</b>
Unfallchirurgie (Polytrauma)

## Herausgeber



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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



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

## Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage 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 (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/)



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

## Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: [www.anq.ch](http://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](http://www.patientensicherheit.ch)



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

[www.samw.ch](http://www.samw.ch).