

Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

30.05.2023
Susanne Imhof, Leiterin Qualitätsentwicklung

Version 3



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 2022.

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 2022

Frau
Susanne Imhof
Leiterin Qualitätsentwicklung
052 266 31 80
susanne.imhof@ksw.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitatsgeschehen

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken auch in herausfordernden Zeiten zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen, mit der H+ Qualitatsberichtsvorlage, eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	12
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	15
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	16
4.5 Registerübersicht	17
4.6 Zertifizierungsübersicht	22
QUALITÄTSMESSUNGEN	24
Zufriedenheitsbefragungen	25
5 Patientenzufriedenheit	25
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	25
5.2 Eigene Befragung	27
5.2.1 Stationäre Patientenbefragung KSW	27
5.2.2 Nachsorge in Rehabilitationskliniken	28
5.2.3 weitere Befragungen	28
5.3 Beschwerdemanagement	28
6 Angehörigenzufriedenheit	29
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	29
6.2 Eigene Befragung	30
6.2.1 interne Elternbefragung (im Rahmen der internen stationären Befragung)	30
7 Mitarbeiterzufriedenheit	31
7.1 Eigene Befragung	31
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit - alle 3 Jahre	31
7.1.2 Mitarbeiterzufriedenheit - adhoc Befragungen	31
8 Zuweiserzufriedenheit	32
8.1 Eigene Befragung	32
8.1.1 Zuweiserbefragung (alle 3-5 Jahre)	32
Behandlungsqualität	33
9 Wiedereintritte	33
9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen	33
10 Operationen	34
10.1 Hüft- und Knieprothetik	34
11 Infektionen	35
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	35
12 Stürze	37
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	37
13 Dekubitus	39
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	39
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	

	Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15	Psychische Symptombelastung	41
15.1	Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	41
16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	43
16.1	Eigene Messung	43
16.1.1	Befragung ambulanter Rehabilitation	43
17	Weitere Qualitätsmessung	44
17.1	Weitere eigene Messung	44
17.1.1	Weitere spezifische Zufriedenheitsbefragungen (ambulant)	44
18	Projekte im Detail	45
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	45
18.1.1	PREM (Patient-Reported Experience Measures)	45
18.1.2	Dokumentenlenkung	45
18.1.3	PROM (Patient-Reported outcome measures)	46
18.1.4	Early Bird	46
18.1.5	Einführung ONKOSTAR	46
18.1.6	KISIM (Klinikinformationssystem)	47
18.1.7	DKG-Erstzertifizierung Schwerpunkt Endokrine Malignome	47
18.1.8	DKG-Erstzertifizierung Sarkomzentrum	47
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022	48
18.2.1	Aufenthaltsmanagement	48
18.2.2	Diverse fachspezifische Zertifizierung	48
18.2.3	EBD (Effizienter Betrieb Didymos), Umzug in den Ersatzbau Didymos	49
18.2.4	Klinisches Risikomanagement	49
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	49
18.3.1	Ausbau von Zertifizierungen	49
19	Schlusswort und Ausblick	50
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	51
	Herausgeber	52

1 Einleitung

Das Kantonsspital Winterthur (KSW) gehört zu den zehn grössten Spitälern der Schweiz und befindet sich im Herzen von Winterthur.

Wir behandeln jährlich über 240'000 Patientinnen und Patienten – über 28'000 davon stationär. Mit 3'600 Mitarbeitenden und 500 Betten stellt das KSW in der Region Winterthur die medizinische Grundversorgung sicher und erbringt zusätzlich Leistungen der spezialisierten Versorgung für die umliegenden Spitäler. Darüber hinaus erfüllt das KSW einen wichtigen und umfassenden Ausbildungsauftrag.

Unsere Fachleute sorgen mit medizinischer, therapeutischer und menschlicher Kompetenz dafür, dass sich die Patienten bei uns wohlfühlen und ihnen der Aufenthalt in guter Erinnerung bleibt. Das KSW ist punkto Qualität und Wirtschaftlichkeit führend und bietet den Patienten umfassende Medizin in einer gut ausgebauten Infrastruktur.

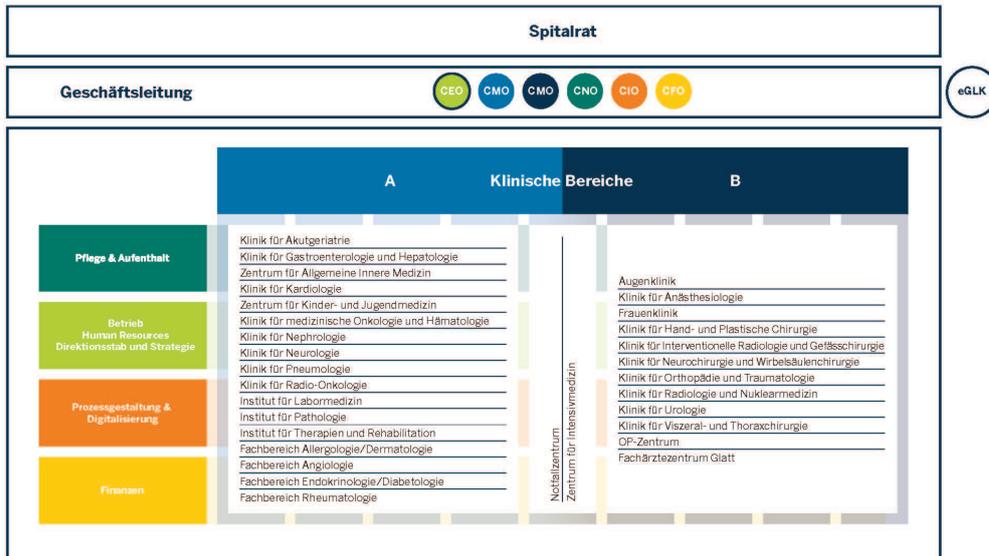
Die «gesunde Grösse» des Kantonsspitals Winterthur hat klare Vorteile: Einerseits bieten wir eine umfassende Medizin mit einem hohen Grad an Spezialisierung. Andererseits sind die Wege unter den Fachleuten dennoch kurz, man kennt sich, das Spital wird als übersichtlich und persönlich erlebt. Beides zusammen erlaubt uns, kompetent und doch individuell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte einzugehen.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm



Stand April 2023



Die Qualitätsentwicklung ist dem Bereich dem Bereich "Qualitäts- und Erlösmanagement" zugeordnet. Dieser wiederum ist beim Dienst Finanzen angesiedelt. Der Bereichsleiter Finanzen ist Teil der Geschäftsleitung.

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:
 Das Qualitätsmanagement ist dem Dienst Finanzen zugeordnet.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **590** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Susanne Imhof
 Stv. Leiterin Qualitäts- und Erlösmanagement
 055 266 31 80
susanne.imhof@ksw.ch

3 Qualitätsstrategie

Vision des KSW

Wir sind ein Spital für die gesamte Bevölkerung und behandeln unsere Patienten in der Grund- und der spezialisierten Versorgung gemäss unseren Werten. Wir vergleichen uns punkto Qualität und Wirtschaftlichkeit mit den führenden Spitälern der Schweiz.

Strategie

Die in der Spitalstrategie verankerten Aussagen zur Behandlungsqualität werden in folgende Qualitätsstrategie umgesetzt:

- Wir verstehen Qualitätsmanagement als ein Instrument zur Erreichung der Markt- und Kostenführerschaft.
- Alle Mitarbeitende des Spitals erbringen gegenüber Patienten, internen und externen Kunden, Vertragspartnern und Behörden, alle Tätigkeiten und Dienstleistungen in höchstmöglicher Qualität, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften und der verfügbaren Mitteln.
- Die erbrachte Leistung orientiert sich an den Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten sowie aller weiteren externen bzw. internen Kunden.
- Prozessorientiertes Denken und Handeln sowie die ständige Verbesserung derselben ist die Grundlage für die Behandlungsqualität und führt zu preiswerten Leistungen, indem Leerläufe eliminiert und Komplikationen verhindert werden.
- Das Qualitätsmanagement beinhaltet einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Dazu wird die Kreativität und Erfahrung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verbesserung der Behandlungsqualität genutzt.
- Die Sicherstellung von aktuellem Wissen über Prozesse und Standards ist zentrales Element des Qualitätsmanagements.
- Die notwendige Transparenz über das Qualitätsmanagement und Ergebnismessungen ist sichergestellt.
- Zertifizierungen werden nicht nur durchgeführt, wenn diese vorgegeben sind, vielmehr werden Zertifizierungen als Nachweis der Behandlungsqualität angesehen.

Ziele des Qualitätsmanagements

Mit dem Qualitätsmanagement werden vor allem zwei Ziele verfolgt:

1. Die stetige Optimierung der Patientenversorgung sowie
2. eine effiziente, effektive und qualitativ hochwertige Leistungserbringung.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

Medizinische Qualitätsindikatoren

Die medizinischen Qualitätsindikatoren werden regelmässig analysiert. Das KSW beteiligt sich freiwillig an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Somit liegen dem KSW sowohl die eignen als auch Benchmark-Zahlen aus anderen Spitälern (Deutschland, Österreich und Schweiz) vor.

Projekt Indikationsqualität

Im Rahmen der strategischen Roadmap wurde im Themenbereich "Patienten optimal durch Behandlung führen" das Projekt Indikationsqualität initiiert. Gemäss dem KSW-Wert "Wir stellen keine Indikation aus wirtschaftlichen oder anderen nichtmedizinischen Gründen" ist es dem KSW ein Anliegen, die behandlungsspezifischen PROM-Befragungen (PROM = Patient Reported Outcome Measure) für definierte Bereiche durchzuführen, die über die gesetzlich geforderten Befragungen hinausgehen.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022

PROM (Patient-reported outcome measures)

Ziel der PROM-Erhebungen ist es herauszufinden, wie es den Patientinnen und Patienten vor und nach einer Behandlung geht. Für definierte Eingriffe hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich solche Befragungen vorgeschrieben.

Am Kantonsspital Winterthur gehen diese weit über die gesetzlichen Anforderungen hinaus. Um sie möglichst praktikabel handzuhaben, hat das KSW eine Software implementiert, mit der definierte Gruppen von Patientinnen und Patienten zu behandlungsspezifischen Aspekten systematisch befragt werden können. Wird eine Patientin oder ein Patient für einen definierten Eingriff aufgeboten, wird automatisch ein Befragungszyklus ausgelöst. Die Software versendet in der Folge vor und nach der Intervention Fragebögen zu dem Gesundheitszustand der Patienten. Die Klinik für Orthopädie und Traumatologie hat im Jahr 2021 die Software als erster Fachbereich erfolgreich eingesetzt.

Im Jahr 2022 folgte der Einsatz der Software in der Klinik für Urologie, welche die PROM-Befragungen seit Dezember 2022 so durchführt.

2023 werden die Bereiche Medizinische Onkologie, Zentrum für Palliative Care und die Klinik für Neuro- und Wirbelsäulenchirurgie PROM-Befragungen mit der vom KSW implementierten Software durchführen.

PREM (Patient-reported experience measures)

Die PREM-Befragung zielt darauf ab herauszufinden, wie zufrieden die Patientinnen und Patienten mit der pflegerischen und ärztlichen Betreuung auf der einen Seite und den Dienstleistungen, der Infrastruktur und den Prozessen des KSW auf der anderen Seite sind.

Die stationäre Befragung zur Patientenzufriedenheit wurde 2022 durch eine digitale Lösung abgelöst. Damit wurde die Befragung spezifischer und individueller gestaltet. Am KSW wird sieben Tage nach Austritt an alle stationär behandelten Patienten ein standardisierter Fragebogen per Mail zugeschickt. Dieser wird pro Patient nach medizinischem Fachbereich, Abteilung und Austrittswoche codiert. So können die wöchentlichen Rückläufe spezifisch ausgewertet, sowie die offenen Kommentare laufend den Abteilungen / Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Auch ein Benchmark mit anderen Kliniken kann so gewährleistet werden.

Aufbau zentrales klinisches Risikomanagement

Das zentrale Klinische Risikomanagement umfasst die Gesamtheit der Strukturen, Prozesse, Methoden, Instrumente und Aktivitäten, welche die Mitarbeitenden aller Ebenen, Funktionen und Berufsgruppen, die an der Behandlung und Betreuung der Patient:innen beteiligt sind, dabei unterstützen Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen, mit dem Ziel die Patientensicherheit zu erhöhen. Essentielle für die kontinuierliche Gewährleistung einer möglichst hohen Patientensicherheit in einem sehr dynamischen und komplexen Interaktionsraum ist die Fehlerkultur. Alle Instrumente und Massnahmen dienen der Sensibilisierung für kritische Situationen (Fehler-Prävention) und dem konstruktiven Umgang mit Fehlern (Fehler-Kultur).

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- **Projekt Dokumentenlenkung**
Das Projektziel ist, dass die Dokumentenlenkung überarbeitet und KSW-weit einheitlich angewendet wird. Die Mitarbeitenden sollen stets Zugriff auf aktuelle Dokumenten und Informationen haben.

- Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer schliessen gesamtschweizerisch geltende **Qualitätsverträge** ab. Darin werden unter anderem folgende Themen geregelt: Qualitätsmessungen, Massnahmen zur Qualitätsentwicklung, das Vorlegen eines Jahresberichtes über den Stand der Qualitätsentwicklung (nicht abschliessend). Das KSW ist bestrebt, in den folgenden Jahren, all diesen regulatorischen Vorgaben gerecht zu werden und hat bereits heute damit begonnen.

- **Net-Promoter-Score (NPS)**
Projektziel ist es, NPS als Schlüsselkennzahlen für Patientenzufriedenheit, Partner-Weiterempfehlung und Partnerbindung, stationäre Leistungskapazitäten zu messen. Die Zielwerte für 2023 wurden von der Geschäftsleitung vorgegeben, die einzelnen Istwerte werden erstmalig im Herbst 2023 vorliegen.

- **Zufriedenheitsmessung der Zuweiser und nachversorgenden Ärzte**
Für Patientenzufriedenheit sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Behandlungen, Zufriedenheitsmessungen der Zuweiser und Nachversorger und Mitarbeiterzufriedenheit. Für das Kalenderjahr 2023 wurden von der Geschäftsleitung erstmalig verbindliche Zielwerte vorgegeben, die Istwerte werden im Herbst 2023 vorliegen.

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, curafutura 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 wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik ▪ Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik ▪ Nationale Auswertung Rehospitalisationen ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swisnoso ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus ▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)
<i>Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder- und Jugendpsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> – Symptombelastung (Fremdbewertung) – Symptombelastung (Selbstbewertung)

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Kursteilnahmequote an REA BLS-Kursen
▪ PROMs in der Orthopädie und Urologie
▪ Kolon-Qualitätsprogramm
▪ Erfassung der Daten Gefässchirurgie

Bemerkungen

Obligatorische Teilnahme an REA BLS-Kursen: Schulung des klinischen Personals mindestens alle zwei Jahre gemäss den Richtlinien der European Resuscitation Council (ERC).

PROMs in der Orthopädie: Erfassung der Daten aller Patientinnen und Patienten in den Spitalleistungsgruppen BEW7.1 und BEW7.2 im SIRIS Implantat Register und Ausweis von Kenndaten zur Qualitätssicherung (Indikations- und Ergebnisqualität). Mit dem Qualitätscontrolling soll neben den perioperativen Komplikationen insbesondere auch die Ergebnisqualität anhand der kurzfristigen Revisionsbedürftigkeit evaluiert, aber auch eine Datenbasis zur Auswertung der langfristigen Funktion der Prothesen erstellt werden.

PROMs in der Urologie beinhalten den EPIC-26 Fragebogen, dieser wird in das Adjumed Register eingespielt.

Das Kolon-Qualitätsprogramm ist ein Pilot-Projekt in Zusammenarbeit zwischen CGZH, VZK, AFG. Im Rahmen dieses Pilotprojekts wird geprüft, ob die Register-Dokumentation durch die Nutzung von Routinedaten ersetzt werden können.

Erfassung der Daten der spezifizierten abdominalen Gefässeingriffe sowie Eingriffe an der Carotis im Swiss Vasc Register und Ausweis von Kenndaten zur Qualitätssicherung.

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patientenbefragung KSW ▪ weitere Befragungen
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ interne Elternbefragung (im Rahmen der internen stationären Befragung)
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitarbeiterzufriedenheit - adhoc Befragungen
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Befragung ambulanter Rehabilitation
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weitere spezifische Zufriedenheitsbefragungen (ambulant)

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Befragung der Patientenzufriedenheit (PREM)

Ziel	Die Bedürfnisse der Patienten kennen, sich dementsprechend weiter zu entwickeln, um diesen gerecht zu werden.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes KSW
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Seit Sommer 2017
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Kundenzufriedenheit ist eine relevante Kennzahl für (medizinische) Dienstleistungen
Methodik	Seit 2022 softwarebasierte, automatisierte stationäre Befragungen, 33% Rücklaufquote, wöchentlicher Versand / Rücklauf, Daten ins BI System werden eingespielt, interne Verteilung Auswertung.
Involvierte Berufsgruppen	alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Reevaluation der heutigen Befragung und Ausdehnung auf den ambulanten Bereich.

IQM Analysen / Peer Review

Ziel	halbjährliche Analyse der Q-Indikatoren anhand der Auswertungen von IQM
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinisch
Projekt: Laufzeit (von...bis)	seit 2018
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	objektive Qualitätskennzahlen
Methodik	Routinedaten werden analysiert. Auffälligkeiten intern besprochen. Jährlich findet ein Peer Review statt
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte und Ärztinnen
Evaluation Aktivität / Projekt	Ist etabliert. Aktuelle Integration der Indikatoren ins BI System für ein internes Reporting.

Zertifizierungen vorantreiben

Ziel	Weitere Bereiche sind zertifiziert, Nachweis von Behandlungen/Leistungen höchster Qualitätskriterien
Bereich, in dem das Projekt läuft	klinisch
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Seit der Erstzertifizierung 2008
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Behandlungen/Leistungen höchster Qualitätskriterien werden damit erbracht und regelmässig überprüft
Involvierte Berufsgruppen	klinisches Personal, Abteilung Qualitätsentwicklung
Evaluation Aktivität / Projekt	Neue zertifizierte Bereiche seit 2022: Alterstraumazentrum, Brustzentrum als Einrichtung mit Spezialisierung für mikrochirurgische Brustrekonstruktion, Tumorzentrum: Sarkomzentrum, Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie (DGAV), RON: Erstzertifizierung ISO 9001:2015

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 2008 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 KSW ist seit 11.01.2022 Mitglied bei CIRNET.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 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 Patientinnen und 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.ksw.ch/ueber-ksw/ihr-ksw/qualitaetsmanagement/iqm-ergebnisse/> 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 2021 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

2020 und 2021 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

Bemerkungen

Jedes Kalenderjahr wählt IQM eine Behandlung aus, die gemeinsam von behandelnden Ärzten des KSW und externen Fachexperten, dem Peerteam, auf Fallebene analysiert und diskutiert werden. Der IQM Vorstand hatte bereits 2020 beschlossen, die Bewertungssystematik über die SMR/Erwartungswerte und Zielwerte für die Ergebnisse 2021 und 2020 auszusetzen.

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 sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
A-QUA CH Monitoring der AnästhesieQUALität in der Schweiz	Anästhesie	SSAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine www.ssapm.ch/	Neu: A-QUA
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	-
Anatomische Resektionen Register Register der Anatomischen Resektionen der schweizerischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie	Thoraxchirurgie	Adjumed Services AG, Zürich thoraxchirurgie.ch/	2015
AQC 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 www.aqc.ch	-
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	-
AvS AvS - Ambulant vor Stationär Erhebung	Chirurgie	ADJUMED Services AG https://adjumed.com/support/schnittstellen/familie-avs/aqc.ch swissvasc.ch	2019
CH-SUR Hospital-based surveillance of COVID-19 in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kinderchirurgie, Herz- und thorak. Gefässchir., Kinder- und Jugendmedizin, Kardiologie, Intensivmedizin, Geriatrie	Université de Genève Bundesamt für Gesundheit BAG www.unige.ch/medecine/hospital-covid/file:///C:/Users/clb/Downloads/Covid-19%20Spital%20Surveillance%20CH-SUR.pdf	Kinder- und Jugendmedizin seit 2020

CHPACE WEB Datenbank der implantierten Schrittmacher und Defibrillatoren sowie der Ablationen	Kardiologie	Schweizerische Stiftung für Rhythmologie www.pacemaker-stiftung.ch www.rhythmologie-stiftung.ch	-
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	2012
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	2007
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie c/o Adjumed Services AG www.mibb.ch/	2010
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	verpflichtend
Nationales Organspenderegister Nationales Organspenderegister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Intensivmedizin	Swisstransplant www.swisstransplant.org	-
Neonatal Registry Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13	2000
Nephrektomie-Register Nephrektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie swissurology.ch/register/	2020
NICER Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle Fachbereiche	NICER Seilergraben 49, CH-8001 Zürich 8001 Zürich www.nicer.org	-
Prostatektomie-Register Prostatektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie swissurology.ch/register/ adjumed.com/support/schnittstellen/familie-urologie/	2020
RemiPCA SAFE Network RemiPCA SAFE Network	Gynäkologie und Geburtshilfe	Schirmherrschaft: SAOA - Swiss Association of Obstetric Anaesthesia Betrieb: Condesys Consulting www.remipca.org/php/de/index.php#information www.remipca.org/	-

SAFW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	2015
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	SBCDB Swiss Breast Center Database c/o Adjumed Services AG www.sbcdb.ch	verpflichtend
Schweizer Brust Implantat Register Schweizer Brust Implantat Register	Plastische Chirurgie	SWISS PLASTIC SURGERY plasticsurgery.ch/	2013
SCQM SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	2001
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie ibdcohort.ch/	2008
SIRIS Schweizerisches Implantat- Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	2006
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch/	verpflichtend
SNPSR Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2000
SPSU Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme- infektionskrankheiten/spsu.html	seit Beginn
SSR Swiss Stroke Registry	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Phys.Med. u. Rehabilitation, Herz- und thorak. Gefässchir., Kardiologie, Endokrinologie/Diabetologie, Radiologie, Angiologie, Intensivmedizin, Rheumatologie, Gefässchirurgie	Clinical Trial Unit, Departement Klinische Forschung, Universitätsspital und Universität Basel Schanzenstrasse 55 4031 Basel dkf.unibas.ch/de/kompetenzen/register-und-kohorten/ ssr/ dkf.unibas.ch/de/home/	verpflichtend seit 2014
STCS Swiss Transplant Cohort Study	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Kinderchirurgie, Herz- und thorak. Gefässchir.,	Universitätsspital Basel www.stcs.ch	seit Beginn

	Kinder- und Jugendmedizin, Infektiologie, Medizinische Genetik, Pharmazeutische Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Arbeitsmedizin, Med. Onkologie, Nephrologie, Pneumologie, Transplantationsmedizin		
STIS Swiss Teratogen Information Service	Gynäkologie und Geburtshilfe, Prävention und Gesundheitsw., Kinder- und Jugendmedizin, Kl. Pharmakol. und Toxikol.	Swiss Teratogen Information Service STIS, Division de Pharmacologie clinique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois www.swisstis.ch	-
STR Schweizer Traumaregister / Swiss Trauma Registry	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin, Versicherungsmedizin	Adjumed Services AG www.adjumed.ch/	-
SwissNeoNet Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.swissneonet.ch	2012
SwissNET Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET swissnet.net/	2017
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	-
Swiss PH Registry Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch www.sgph.ch/de/swiss-ph-registry.html	2012
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch/	seit Beginn
VisHSM Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG www.adjumed.net/vis/	2015
Zystektomie-Register Zystektomie-Register der Schweizerische Gesellschaft für Urologie	Urologie	Schweizerische Gesellschaft für Urologie swissurology.ch/register/	2020

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR Zürich/Zug/Schaffhausen/Schwyz Krebsregister der Kantone Zürich, Zug, Schaffhausen und Schwyz	Alle	www.krebsregister.usz.ch www.usz.ch/fachbereich/krebsregister/

Bemerkungen

Das KSW beteiligt sich an weiteren Registern freiwillig. Den klinischen Fachabteilungen sind klinische Qualitätsmessungen ein grosses Anliegen:

- **EUROCRINE**

Das KSW ist seit 2017 Mitglied.

Am 12.11.2020 wurde am Kantonsspital Winterthur das Eurocrine-Audit für das Jahr 2019 durchgeführt. Mit 98 % richtigen Eingaben konnte dieses sehr erfolgreich abgeschlossen werden. Bei Eurocrine handelt es sich um ein Europäisches Qualitätsdatenregister, bei welchem die durchgeführten Operationen im Bereich der Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Nebenniere anonymisiert erfasst werden und zu Forschungszwecken und Qualitätsbenchmark ausgewertet werden.

- **DGU:Alterstraumatologie**

- **Hernienregister**

- **SGU**

- **Kolon Qualitätsprogramm**

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
QUALAB	Institut für Labormedizin	2008	2022	
Baby Freundliches Spital (UNICEF)	Departement Gynäkologie und Geburtshilfe	2003	2014	Weiterhin Anwendung der SOPs von UNICEF
IVR Anerkennung	Rettungsdienst	2005	2019	alle 4 Jahre Re-Zertifizierung
ISO 13485	ZSVA	2008	2022	Jährliches Überwachungsaudit
ISO 9001:2015	Tumorzentrum	2017	2022	Jährliches Überwachungsaudit
Onko Zert (Auditstelle DKG)	Tumorzentrum	2014	2022	Jährliches Überwachungsaudit
SFCNS Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies	Stroke Unit	2015	2020	Re-Zertifizierung geplant auf 2023
Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten (USGG)	Gefässzentrum	2019	2019	Re-Zertifizierung geplant auf 2025
qualitépalliative	Palliativabteilung (Bettenstation)	2014	2018	Re-Zertifizierung geplant auf Ende 2022/Anfang 2023
qualitépalliative	Palliativabteilung (Spitalinterner Konsiliardienst)	2018	2018	Re-Zertifizierung geplant auf Ende 2022/Anfang 2023
AltersTraumaZentrum DGU	Alterstraumazentrum	2022	2022	
Gemäss Fachgesellschaft	SMOB	2022	2022	
IASIOS	Institut für Radiologie und Nuklearmedizin	2021	2021	
ISO 9001:2015	Radio-Onkologie	2022	2022	
DGPRÄC	Brustzentrum, Plastische Chirurgie	2022	2022	

Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

DGAV	Hernienzentrum	2022	2022	
Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin	Zentrum für Intensivmedizin	2022	2022	
Qualitätslabel der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie	Brustzentrum Winterthur-Bülach	2022	2022	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

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 2022 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
Kantonsspital Winterthur				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.16	4.12	4.10	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.55	4.55	4.53	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.58	4.57	4.51	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.52	4.43	4.40	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.96	3.92	3.94	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	89.10 %	90.43 %	90.40 %	– %
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2022				–
Anzahl eingetreffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

Wertung der Ergebnisse: 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.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Die nächsten Befragungen in diesem Bereich folgen im Jahr 2023.

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/.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne	

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im Juni – das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Stationäre Patientenbefragung KSW

Seit September 2022 findet die stationäre Patientenbefragung am KSW softwarebasiert mit automatischem Versand der Fragebögen per E-Mail statt. Informationen zur vorgehenden Befragung finden sich im letzten Qualitätsbericht.

Alle stationären Patienten werden nach ihrem Austritt zu ihrer Zufriedenheit befragt. Die Fragebögen werden eine Woche nach Austritt per E-Mail an die Patienten versendet. Die Fragebögen können nach medizinischem Fachbereich, Abteilung und Austrittswoche ausgewertet werden.

Es werden drei unterschiedliche Fragebögen verwendet, einen für erwachsene Patienten (Patientenfragebogen), einen für die Eltern der unter 16-jährigen Patienten (Elternfragebogen) und einen für die Wöchnerinnen. Als Fragebögen werden die standardisierten Fragebögen von qm Riedo verwendet. Die Patienten werden entlang des Patientenpfades zu ihrer Zufriedenheit zu 5 Themenbereichen befragt.

Die erhaltenen Rückmeldungen werden wie folgt verwendet:

- **Interner Versand**
Alle klinischen Bereiche erhalten alle 14 Tage ihre aktuellen Daten. Damit wird garantiert, dass die erhaltenen Rückmeldungen wieder zurück an die Basis gelangen. Welche Personen innerhalb der Bereiche diese Daten erhalten und daraus allenfalls Massnahmen ableiten, liegt in der Verantwortung des Bereichskaders. Das Team Qualitätsentwicklung steht nach Bedarf unterstützend und beratend zur Seite.
- **Beschwerdemanagement**
Die Spitaldirektion reagiert auf sehr negative oder auch sehr positive Rückmeldungen in dem mit den betreffenden Patienten schriftlich oder telefonisch Kontakt aufgenommen wird (sofern die Rückmeldung nicht anonym erfolgt ist).
- **Qualitätsentwicklung**
Die Daten fliessen quartalsweise in einen automatisierten Bericht pro Bereich ein. Somit kann die Patientenzufriedenheit in den Kliniken als Führungskennzahl genutzt werden. Pro Bereich gibt es definierte Zielwerte für die Zufriedenheit. Die Ergebnisse werden auch regelmässig an die Spitalleitung rapportiert.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Die Ergebnisse können nach stationären Kliniken und Abteilungen ausgewertet werden.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die grafische Darstellung der Messergebnisse ist mit den vorgegebenen Methoden nicht möglich. Bei Interesse stellen wir die Ergebnisse der Patientebefragung in geeigneter Form gerne zur Verfügung.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	QM Riedo
Methode / Instrument	PZ Benchmark

5.2.2 Nachsorge in Rehabilitationskliniken

Patienten, die im Anschluss an den Spitalaufenthalt am KSW an eine Rehabilitationsklinik überwiesen wurden, werden zu ihrer Zufriedenheit bezüglich der Anschlussbehandlung befragt. Die Befragung überprüft die Qualität der Nachsorge und wird alle zwei Jahre durchgeführt.

Dabei stehen zwei Themen im Vordergrund:

- Allgemeine Zufriedenheit mit der Rehabilitationsklinik
- Erfahrungen in der Rehabilitationsklinik

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.
Die nächste Patientenbefragung erfolgt im Jahr 2023.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.2.3 weitere Befragungen

Nebst den regelmässig stattfindenden Befragungen führt das KSW auch zeitlich beschränkte Fokusumfragen durch. Diese Kurzumfragen werden projektbasiert initiiert.

Im Berichtsjahr hat das KSW mit der online Befragungssoftware Findmind folgende Fokusumfragen bei Patienten durchgeführt:

- Akzeptanzanalyse im Bereich Digital Health am Brustzentrum
- Patientenwahrnehmung im Brustzentrum um gynäkologischen Tumorzentrum
- PROMs im Akutspital. Erfahrungen und Erwartungen aus Patientensicht

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Der Inhalt dieser Befragungen ist sehr spezifisch.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Kantonsspital Winterthur

Spitaldirektion

Sekretariat

052 266 21 21

info@ksw.ch

6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2022 (CI* = 95%)
	2018	2019	2021	
Kantonsspital Winterthur				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.70	8.45	8.49	– (–)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.80	8.71	8.70	– (–)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.60	8.91	8.90	– (–)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.90	8.86	9.03	– (–)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.40	9.29	9.34	– (–)
Anzahl angeschriebene Eltern 2022				–
Anzahl eingetreffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

* 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.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Die nächsten Befragungen in diesem Bereich folgen im Jahr 2023.

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/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September – das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

6.2 Eigene Befragung

6.2.1 interne Elternbefragung (im Rahmen der internen stationären Befragung)

Analog zu den stationären Patienten erhalten die Eltern ebenfalls standardisiert einen qm Riedo Fragebogen. Dieser unterscheidet inhaltlich sich von dem Fragebogen der internen stationären Befragung.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Resultate fliessen in den Pool der Daten aus der stationären Befragung.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	QM Riedo
Methode / Instrument	PZ Benchmark

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit - alle 3 Jahre

Alle 3 Jahre werden alle Mitarbeitenden zu ihrer Zufriedenheit mit dem KSW befragt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.
Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2024.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mitarbeiterbefragung

7.1.2 Mitarbeiterzufriedenheit - adhoc Befragungen

Zusätzlich zur standardisierten Mitarbeiterbefragung alle 3 Jahre finden auch adhoc Befragungen zu spezifischen Themen statt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.
Die adhoc Befragungen fanden zu folgenden Themen statt: -MMM-Konferenzen -Personalrestaurant
-Arbeitszeitmodell Pflege -Kurzumfrage Mitarbeiterzufriedenheit im Bereich Finanzen -Kurzumfrage
Mitarbeiterzufriedenheit im Bereich Pflege

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die grafische Darstellung der Messergebnisse ist mit den vorgegebenen Methoden nicht möglich. Bei Interesse stellen wir die Ergebnisse der Patientebefragung in geeigneter Form gerne zur Verfügung.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärztinnen und -ärzte und niedergelassene Spezialärztinnen und -ärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patientinnen und Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung (alle 3-5 Jahre)

Die Zufriedenheit der Zuweisenden wird alle 3-5 Jahre gemessen. Unabhängig der ganzheitlichen Messung werden seitens Tumorzentrum spezifische Befragungen jährlich durchgeführt (betreffen Zuweiser für Tumorzentrum).

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2023.
Marketing und Zuweisermanagement

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ZHAW
Methode / Instrument	Qualitative Interviews und schriftliche Umfragen

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell 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.

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

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2017	2018	2019	2020
Kantonsspital Winterthur				
Verhältnis der Raten*	1.05	1.23	1.05	–
Anzahl auswertbare Austritte 2020:				–

* 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, 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/.

Ab dem BFS Datenjahr 2020 findet ein Methodenwechsel statt. Gemäss Entscheid ANQ werden die Daten der Einführungsphase nicht transparent publiziert. Dies gilt für den aktuellen Qualitätsbericht 2022 (BFS-Daten 2020). Im Jahr 2023 werden dann für das BFS-Datenjahr 2021 neu die «ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen» transparent ausgewiesen.

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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2016 bis 31.12.2019

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2016 - 2019	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2016 - 2019	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate % 2014 - 2018	Adjustierte Revisionsrate % 2016 - 2019
Kantonsspital Winterthur				
Primäre Hüfttotalprothesen	1694	2.60%	2.30%	2.70%
Primäre Knieprothesen	889	1.70%	1.40%	1.70%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2022 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2016 bis Dezember 2019. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2021.

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/.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss RDL, ISPM Bern
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und 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 oder einer Rehospitalisation 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 Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:

- Gallenblasen-Entfernungen
- *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
- *** Dickdarmoperationen (Colon)
- Kaiserschnitt (Sectio)

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2021 – 30. September 2022

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. Dezember 2021 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitalern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. März 2022 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2018/2019	2019/2020	2020/2021	
Kantonsspital Winterthur						
Gallenblasen-Entfernungen	318	9	2.50%	3.00%	2.10%	2.83% (0.80% - 3.50%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	57	1	1.90%	5.30%	0.00%	1.75% (0.00% - 4.90%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	138	8	13.10%	2.90%	3.60%	5.80% (0.20% - 0.90%)
Kaiserschnitt (Sectio)	463	12	3.70%	2.90%	4.00%	2.59% (0.60% - 2.10%)

* 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/.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 und www.lpz-um.eu

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

	2018	2019	2022
Kantonsspital Winterthur			
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	5	8	11
In Prozent	2.00%	3.00%	4.40%
Residuum* (CI** = 95%)	-0.13 (-0.51 - 0.25)	0.3 (-0.40 - 0.47)	0.14 (-0.34 - 0.61)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	249	Anteil in Prozent (Antwortrate)	
		77.60%	

* 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/.

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

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

13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) 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

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 Patientinnen und Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

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

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte		2022	In Prozent
		2018	2019		
Kantonsspital Winterthur					
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.63 (-1.44 - 0.18)	-0.04 (-0.34 - 0.25)	0.22 (-0.40 - 0.85)	-
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2022	249	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		77.60%	

* 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/.

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

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

15 Psychische Symptombelastung

15.1 Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten seit Juli 2013 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet.

Die Fallführenden wie auch die Patientinnen und Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

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

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

Messergebnisse

HoNOSCA	2018	2019	2020	2021
Kantonsspital Winterthur				
HoNOSCA Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-0.82	-0.24	-2.60	-1.80
Anzahl auswertbare Fälle 2021				
Anteil in Prozent				%

Wertung der Ergebnisse:

- 52 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 52 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

HoNOSCA-SR	2018	2019	2020	2021
Kantonsspital Winterthur				
HoNOSCA-SR Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	3.21	-0.76	3.20	3.70
Anzahl auswertbare Fälle 2021				
Anteil in Prozent				%

Wertung der Ergebnisse:

- 52 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 52 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

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/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) und HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating)

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

16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit

16.1 Eigene Messung

16.1.1 Befragung ambulanter Rehabilitation

Bei den ambulanten Rehabilitationspatienten werden Befragungen / Messungen durchgeführt. Jede/r ambulante Rehabilitationspatient/in wird am Ende seines/ihres Rehabilitationsprogrammes gebeten, eine elektronische Befragung (am Computer) durchzuführen. So wird ein grosser Rücklauf generiert und die einzelnen Rehaprogramme können miteinander verglichen werden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.
Institut für Therapie und Rehabilitation

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Daten & Analysen / Auswertungen sind auf Anfrage beim Institut für Therapie und Rehabilitation verfügbar.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Weitere spezifische Zufriedenheitsbefragungen (ambulant)

Am Kantonsspital Winterthur werden auf Anfrage von den Abteilungen Qualitätsmessungen und Zufriedenheitsbefragungen durchgeführt.

Die Inhalte richten sich nach den spezifischen Bedürfnissen der jeweiligen internen Auftragsgeber.

Beispiele für weitere Befragungen:

- Elternzufriedenheit Bereich Neonatologie
- MRI / CT Ambulante Patientenzufriedenheit
- Zuweiserbefragung
- Zufriedenheit mit Hotelleriedienstleistungen
- Mitarbeiterzufriedenheit (spez. Teams) / Arbeitsgruppe Wundmanagement / Mitarbeiterzufriedenheit abteilungsspezifisch / etc.
- Bewertung und Evaluation von KSW-internen Fort-, Aus- und Weiterbildungen
- etc.

Diese Messung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Details können auf Anfrage bei der Leitung Qualitätsentwicklung bezogen werden.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 PREM (Patient-Reported Experience Measures)

Projektart: Qualitätsprojekt

Projektziele:

- Die neue Befragung soll einen Benchmark ermöglichen
- Die jetzige briefbasierte stationäre Befragung wird durch eine online Befragung ersetzt
- Der Fragebogen kann nach Bedürfnissen der Kliniken, Institute, Zentren und Dienste ergänzt werden

Projektlauf: Softwareanalyse, Analyse Angebot Fragebogen in bezug auf Benchmarkmöglichkeit, Softwareparametrierung, Testphase, Implementierung

Projektergebnis: Wurde im September 2022 umgesetzt

18.1.2 Dokumentenlenkung

Projektart: Organisationsprojekt / Strukturvorgabe

Projektziel:

- Mitarbeitenden stehen jeder Zeit aktuelle Weisungen/Informationen/Standards etc. zur Verfügung

Projektlauf / Methodik: Definition Dokumentenarten, Definition Fusszeile, Definition Freigabeprozess, technische Hinterlegung im SharePoint

Involvierte Berufsgruppen: interprofessionell

Projektergebnis: Abteilungsspezifisch in Umsetzung

18.1.3 PROM (Patient-Reported outcome measures)

Projektart: Qualitätsprojekt

Projektziele:

- Erhebung des Patientenzustandes nach definierten Prozeduren, aus Sicht der Patienten und der Ärzte
- Behandlungszufriedenheit erfassen
- Gesetzlichen Anforderungen gerecht werden

Projektlauf: Prozessanalyse, Prozessoptimierung, Umsetzung mit Hilfe einer digitalen Lösung (Unity)

Involvierte Berufsgruppen: Ärzteschaft, Sprechstundenzentrum

Projektergebnis: Umsetzung für den Bereich Urologie und Orthopädie hat im Jahr 2022 stattgefunden. Ausrollen auf die Bereiche Palliative Care, Onkologie und Neurochirurgie für 2023 geplant.

18.1.4 Early Bird

Projektart: Strategisches Projekt

Projektziele:

- Qualitative bedarfs- und patientengerechte Gesundheitsversorgung der Zukunft fördern und stärken
- Akutspital- und wohnortnahe Frührehabilitation anbieten können
- Synergien Akutmedizin und Rehabilitation nutzen

Projektlauf: Kooperationsvereinbarung, Detailplanung, Vertragsabschluss, Umsetzung

Involvierte Berufsgruppen: Geschäftsleitung, Qualitäts-, Unternehmensentwicklung, Institut für Rehabilitation und Therapie KSW, externe Kooperationspartnerin

Projektergebnis: Das Projekt wurde 2022 abgeschlossen. Eine Umsetzung fand nicht statt.

18.1.5 Einführung ONKOSTAR

Projektart: IT-Projekt

Projektziele:

- Datenerfassung und Prozesse vereinfachen
- Datenqualität steigern
- Datenschutz gewährleisten
- Übernahme von Daten aus dem KIS
- Möglichkeit der Datenanalysen

Projektlauf: Neu Software evaluieren, parametrieren und implementieren

Involvierte Berufsgruppen: Datenmanager des Qualitäts- und Leistungsmanagement

Projektergebnis: In der Implementierungsphase

18.1.6 KISIM (Klinikinformationssystem)

Projektart: IT-Projekt

Projektziele:

- Optimaler klinischer Arbeitsplatz, der klinische und administrative Prozesse effizient digital unterstützt.
- Die bisherige elektronische Patientendokumentation wird durch KISIM abgelöst
- Der bestehende Funktionsumfang ist erweitert.
- Das neue KIS beinhaltet hauptsächlich standardisierte Lösungen für das gesamte Spital
- Die elektronische Krankengeschichte ist interprofessionell, interdisziplinär, durchgängig und ohne Medienbrüche überall am Point of Care verfügbar.
- Die Termin- und Ressourcenplanung ist integriert.
- Die Anzahl der Umsysteme ist reduziert.
- Die automatische Leistungsausleitung ist umfassend realisiert.

Projekttablauf: Konzeption Submission, Evaluation Submission, Detailkonzept, Realisierung & Implementierung

Involvierte Berufsgruppen: Alle Berufsgruppen

Projektelevaluation: Spezifikationen werden erarbeitet. Go-live Termin ist für September 2023 angedacht

18.1.7 DKG-Erstzertifizierung Schwerpunkt Endokrine Malignome

Projektart: Qualitätsprojekt

Projektziele:

- Nachweis für strukturierten Behandlungsablauf bei endokrinen Malignomen
- Erstzertifizierung im Kalenderjahr 2023

Projekttablauf: Vorbereitungen um die Anforderungen gemäss DKG zu erfüllen

Projektelevaluation: Vorbereitungen zur Zertifizierung laufen

18.1.8 DKG-Erstzertifizierung Sarkomzentrum

Projektart: Qualitätsprojekt

Projektziele:

- Nachweis für strukturierten Behandlungsablauf bei Weichteil- und Knochensarkomen
- Erstzertifizierung im Kalenderjahr 2022

Projekttablauf: Vorbereitungen um die Anforderungen gemäss DKG zu erfüllen

Projektelevaluation: Erfolgreiche Erstzertifizierung 2022

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

18.2.1 Aufenthaltsmanagement

Projektart: Organisationsprojekt

Projektziele:

- Patienten optimal durch Behandlung führen
- Aufenthalt der Patienten am KSW noch aktiver steuern und optimieren bei einer gleichbleibenden hohen Patientenzufriedenheit.

Projektlauf: Datenanalyse, Umsetzung von Prozessverbesserungen, Handlungsempfehlungen für Folgeprojekte

Involvierte Berufsgruppen: Ärzte, Pflegefachkräfte

Projektergebnis: Nach dem Bezug des neuen Bettenhauses ist eine weitere Projektphase bereits geplant

18.2.2 Diverse fachspezifische Zertifizierung

Projektart: Qualitätsprojekt

Projektziele:

- Erfolgreiche erstmalige Fachzertifizierung: SMOB, Alterstraumazentrum, Hernien, Brustzentrum Plastische Chirurgie, Brustzentrum Bülach - Winterthur, Sarkomzentrum
- Erfolgreiche Rezertifizierungen: Zentrum für Intensivmedizin,
- Erfolgreiche erstmalige Zertifizierung nach ISO 9001 2015: Radio-Onkologie

Projektlauf: Vorbereitung zur Zertifizierung / externes Audit

Involvierte Berufsgruppen: Alle Professionen

Projektergebnis: Zertifizierung erfolgreich durchlaufen

18.2.3 EBD (Effizienter Betrieb Didymos), Umzug in den Ersatzbau Didymos

Projektart: Bauprojekt

Projektziele:

- alle relevanten Betriebsprozesse sind auf die neuen Örtlichkeiten und Gegebenheiten angepasst
- Prozessoptimierungen hinsichtlich Ersatzneubau finden laufend und koordiniert statt und sind kommuniziert
- Die Nutzung und Belegung der Räumlichkeiten ist geklärt und neue Arbeitsprozesse implementiert

Projekttablauf: Erstellung von Nutzerkonzepten, Güterbeschaffung, Migration und Umzug

Involvierte Berufsgruppen: Alle Berufsgruppen

Projektelevaluation: Der Umzug hat im Februar 2022 erfolgreich stattgefunden

18.2.4 Klinisches Risikomanagement

Projektart: Qualitätsprojekt

Projektziele:

- Etablierung Klinisches Risikomanagement
- Klinische Risiken erkennen, analysieren,
- Klinische Risiken beurteilen und nachhaltige Bewältigungsmassnahmen definieren
- Unterstützung bei Verbesserungsmassnahmen

Projekttablauf: Bestehende risikominimierende Instrumente identifizieren / Risikoanalyse durchführen / systematisches klinisches Risikomanagement aufbauen

Involvierte Berufsgruppen: Interprofessionell

Projektelevaluation: Es wurde eine 80% Stelle geschaffen, ein Konzept erarbeitet und ist seit 2022 im klinischen Alltag etabliert

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Ausbau von Zertifizierungen

Das KSW ist bestrebt zu den bestehenden Zertifizierungen weitere fachspezifische Zertifizierungen und Rezertifizierungen im Jahr 2023 zu erlangen.

Angestrebte Zertifizierungen/Rezertifizierungen:

- Rezertifizierung Stroke Unit
- Überwachungsaudit DKG
- Rezertifizierung ISO 9001 2015: Tumorzentrum
- Akkreditierung der Pathologie

19 Schlusswort und Ausblick

Das Kantonsspital Winterthur erbringt qualitativ hochstehende Leistungen, die laufend überprüft und weiter verbessert werden. Ziel dabei ist eine hohe klinische Patientensicherheit sowie eine optimierte Behandlungs- und Servicequalität. Ein umfassendes Qualitätsmanagement bezweckt, die hohe Qualität unserer Dienstleistungen darzustellen, fortlaufend zu unterstützen und stetig weiterzuentwickeln.

Bei Fragen können Sie sich gerne an uns wenden.

Susanne Imhof
Stv. Leiterin Qualitäts- und Erlösmanagement

052 266 31 80
susanne.imhof@ksw.ch

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 spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

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

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/



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 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/



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 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):

www.samw.ch.