

# Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

31.10.2018  
Orsola Vettori, Spitaldirektorin

Version

**Spital Zollikerberg**

[www.spitalzollikerberg.ch](http://www.spitalzollikerberg.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 2017.

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.

### 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 2017

Dr.

Orsola Lina Vettori

Spitaldirektorin

+41 44 397 2102

[orsola.vettori@spitalzollikerberg.ch](mailto:orsola.vettori@spitalzollikerberg.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

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. Zudem 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, 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



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor 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.....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017.....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>12</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	12
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
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 .....	18
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>19</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>20</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	20
5.2 Eigene Befragung .....	22
5.2.1 Patientenzufriedenheit Radiologie ambulant .....	22
5.2.2 Patientenzufriedenheit Dialyse ambulant.....	22
5.2.3 Kinderpermanence: Zufriedenheit Eltern/ Patienten .....	23
5.2.4 PEQ.....	24
5.2.5 Comparis (Frauenklinik) .....	25
5.2.6 Patientenzufriedenheit Physiotherapie, Ergotherapie.....	26
5.2.7 Zuweiserzufriedenheit Radiologie.....	27
5.3 Beschwerdemanagement .....	27
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>28</b>
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik.....	28
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>30</b>
7.1 Eigene Befragung .....	30
7.1.1 Im Berichtsjahr wurde keine Messung zum Thema Mitarbeiterzufriedenheit durchgeführt. .30	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>31</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>31</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen.....	31
<b>10 Operationen</b> .....	<b>32</b>
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	32
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>34</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	34
<b>12 Stürze</b> .....	<b>36</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz.....	36
12.2 Eigene Messung .....	37
12.2.1 Stürze (Langzeitmessung) .....	37

<b>13</b>	<b>Wundliegen</b> .....	<b>38</b>
13.1	Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	38
13.2	Eigene Messungen .....	40
13.2.1	Dekubitus - Auswertung des Klinikinformationssystems .....	40
<b>14</b>	<b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>17</b>		
	Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>41</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	41
18.1.1	Präoperative Prozesse vor Spitaleintritt .....	41
18.1.2	Patientenfluss Ambulatorium Frauenklinik .....	41
18.1.3	Demenzsensibles Spital .....	41
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017 .....	42
18.2.1	Erstzertifizierung Label " Qualität in Palliative Care" .....	42
18.2.2	E-Health - Radiologie: Strukturierte Datenübermittlung .....	42
18.2.3	Speak up .....	42
18.2.4	CSS Audit .....	42
18.2.5	Triage-System der Kinderpermanence .....	42
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	42
18.3.1	Zertifizierung der AEMP .....	42
18.3.2	Audit des BAG zum Strahlenschutz .....	42
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>43</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....	<b>44</b>
	Akutsomatik .....	44
	<b>Anhang 2</b>	
	<b>Herausgeber</b> .....	<b>46</b>

## 1 Einleitung

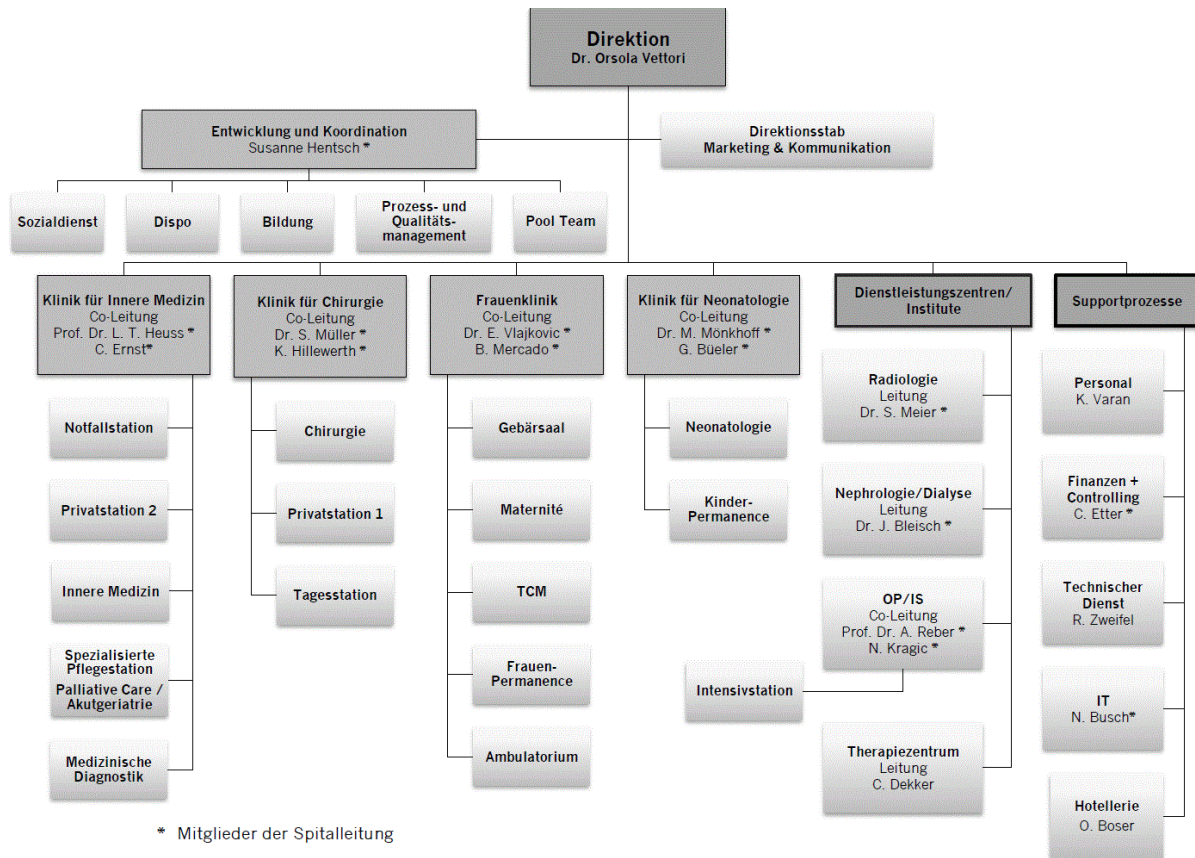
Das Spital Zollikerberg trägt als Privatspital mit öffentlichem Leistungsauftrag und 180 Betten zur optimalen medizinischen Versorgung des Grossraumes Zürich bei.

Wir behandeln und betreuen rund 10 700 stationäre und 50 000 ambulante Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert: Verantwortung in der Linienfunktion, weitere Gremien: Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung und Q-Zirkel

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **100** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Dr. Orsola Vettori  
Spitaldirektorin  
Spital Zollikerberg  
0443972101  
[orsola.vettori@spitalzollikerberg.ch](mailto:orsola.vettori@spitalzollikerberg.ch)

Frau Susanne Hentsch MPH  
Leiterin Entwicklung und Koordination  
Spital Zollikerberg  
0443972780  
[susanne.hentsch@spitalzollikerberg.ch](mailto:susanne.hentsch@spitalzollikerberg.ch)

Frau Mira Zasowski  
Leiterin Rechnungswesen  
Spital Zollikerberg  
0443972769  
[mira.zasowski@spitalzollikerberg.ch](mailto:mira.zasowski@spitalzollikerberg.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Die Qualitätsentwicklung im Spital Zollikerberg ist im Sinne des Total Quality Managements auf allen Ebenen des Spitals verankert. Das oberste Gremium ist die Spitalleitung.

Diese beschliesst die ein- bis mehrjährigen Ziele im Rahmen der Jahresziele des Spitals sowie die wichtigsten Massnahmen im Bereich Qualitätsmanagement (z. B. Qualitätsmessungen und Projekte).

Für die operative Koordination und detaillierteren Zielsetzungen (z. B. für Qualitätszirkel) ist ein spezielles Gremium, die "Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung", eingesetzt.

Die Umsetzung der QM-Ziele liegt in der jeweiligen Linienverantwortung.

Kontinuierliche Qualitätszirkel arbeiten zu folgenden Themen:

- Palliative Care
- Akutgeriatrie
- Schmerzbekämpfung
- Patientensicherheit
- Spitalhygiene/ Infektionsprävention
- Labor
- Betrieblicher Gesundheitsschutz

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Die Qualität der Dienstleistungen des Spitals ist in den Unternehmenszielen verankert.

„Die Patientinnen und Patienten attestieren dem Spital eine hohe fachliche Kompetenz, eine verlässliche Teamleistung und eine spürbare persönliche Zuwendung“.

Eine minimale Rehospitalisations- und Reoperationsrate sowie Sturzrate bestätigen die Leistungen.

##### Weitere Schwerpunkte im Berichtsjahr 2017:

1. Demenzsensibles Spital: Patienten und Patientinnen mit der Nebendiagnose Demenz und kognitiver Störung werden professionell durch den Spitalaufenthalt geführt.
2. Projekt Patientenfluss im Ambulatorium der Frauenklinik (Lean Management)
3. Optimierung präoperativer Prozesse vor Spitaleintritt, kombinierte Anästhesie- und Pflegesprechstunde
4. Elektronische Patientenagenda für stationäre Patienten und Patientinnen



### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

1. In den Patientenbefragungen (stationär und ambulant) zur Zufriedenheit hat das Spital Zollikerberg erneut seinen hohen Standard in der Patientenbetreuung bewiesen.

2. Ausgewählte Qualitätsziele:

- Ambulatorium Frauenklinik: Etablierung von Lean-Strukturen, Anpassung Prozesse und Aufgabenportefeuilles, Optimierung räumliche Situation

- Demenzsensibles Spital: Einführung und Etablierung eines Einschätzungsinstrumentes für Pflegende und Ärzte, Anwendung im Notfall und den relevanten Stationen, Durchführung von Fortbildungen für verschiedene Berufsgruppen

- Optimierung präoperativer Prozesse: Erstellung der interprofessionellen Anamnese, kombinierte Anästhesie- und Pflegesprechstunde

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

#### Kontinuierliche Qualitätssicherung

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

#### Interdisziplinäre Konferenz für Patientensicherheit und Qualitätszirkel

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

#### Standards

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

#### „Ihre Meinung“-Fragebogen und Patienteninterviews

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

#### Aus-, Weiter- und Fortbildung

Das Spital bot im Jahr 2017 folgende Aus- und Weiterbildungsplätze an:

Ausbildung	Anzahl
Kaufm. Lernende/Lernender	5
Systemtechniker in Ausbildung	0
Informatikpraktikerin i.A.	1
Fachmann/frau Betriebsunterhalt i.A.	1
Medizintechniker i.A.	0
Lernende/r FAGE	45
Studierende Hebamme	17
Studierende/r HF & FH	55
Studierende Operationstechnik	5
MTRA i.A.	3
Pflegefachfrau/-mann Anästhesie in Ausbildung (NDS)	5
Pflegefachfrau/-mann IPS in Ausbildung (NDS)	3
Physiotherapeut/in i. A.	14
Ergotherapeuten/ -in i. A.	1
Assistenzarzt/-ärztin	83
Unterassistent/in Anästhesie	6
Unterassistent/in Chirurgie	17
Unterassistent/in Gyn/Gbh	17
Unterassistent/in Medizin	27
Studierende FH Ernährung	2

Mit diesen Aus-, Weiter- und Fortbildungsaktivitäten trägt das Spital Zollikerberg dazu bei, die Qualität der Dienstleistungen im eigenen Betrieb aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Das Spital Zollikerberg leistet über diese Aktivität gesamtgesellschaftlich massgeblich einen wichtigen Beitrag zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems Schweiz.

**Kooperationen**

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

## 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>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus bei Kindern und Jugendlichen

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

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

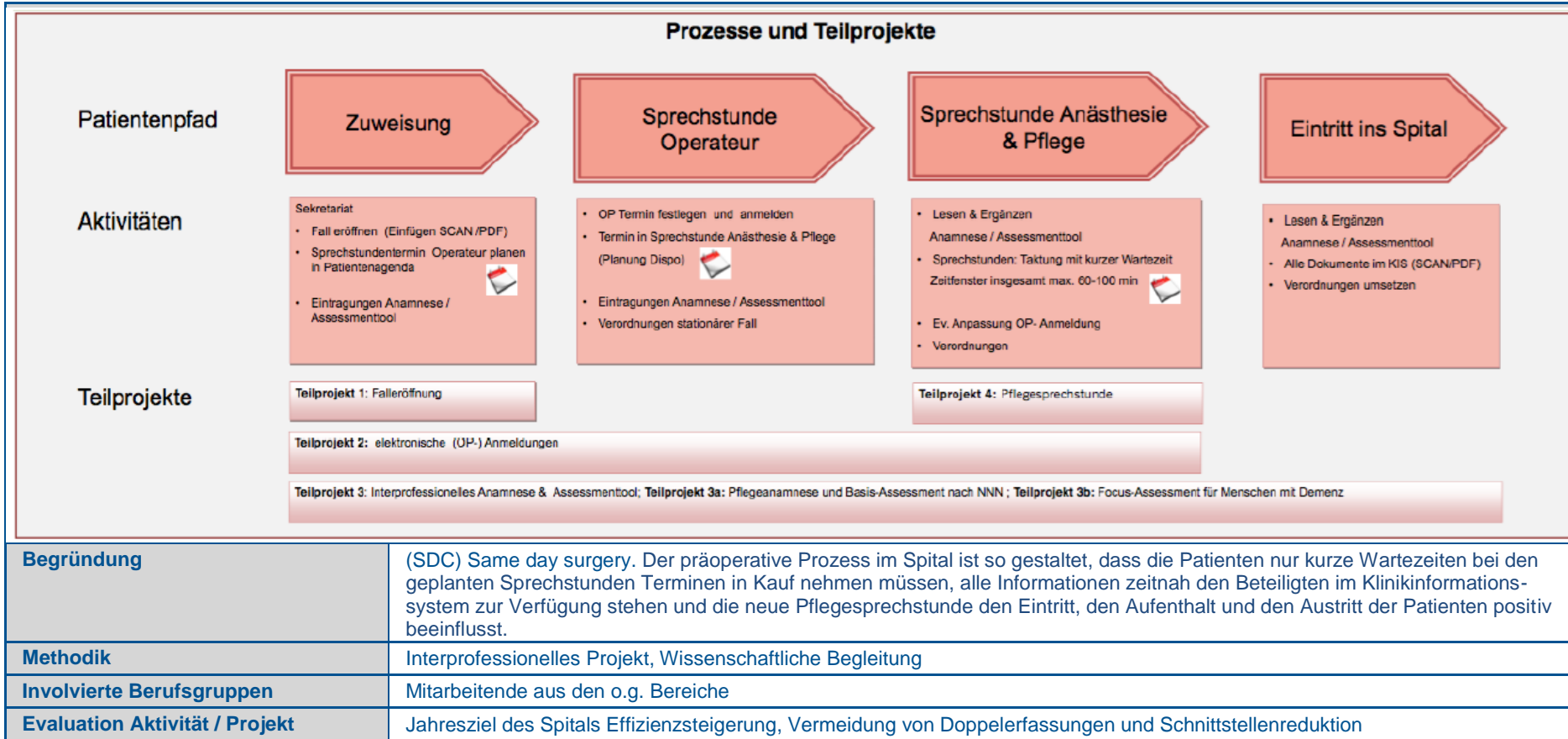
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenzufriedenheit Radiologie ambulant
▪ Patientenzufriedenheit Dialyse ambulant
▪ Kinderpermanence: Zufriedenheit Eltern/ Patienten
▪ PEQ
▪ Comparis (Frauenklinik)
▪ Patientenzufriedenheit Physiotherapie, Ergotherapie
▪ Zuweiserzufriedenheit Radiologie
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Stürze (Langzeitmessung)
<i>Wundliegen</i>
▪ Dekubitus - Auswertung des Klinikinformationssystems

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Optimierung der präoperativen Prozesse

<b>Ziel</b>	<p><b>Patienten erleben den Eintritt Prozess als effizient</b></p> <p><b>Projektziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Fälle können vor Spitaleintritt eröffnet werden</li> <li>• Elektronische OP- Anmeldung ist im Klinikinformationssystem möglich</li> <li>• Sprechstundentermine können in der Patientenagenda (eigenständiges Projekt) im Klinikinformationssystem geplant werden</li> <li>• Interprofessionelles Anamnese - &amp; Assessmenttool ist im Klinikinformationssystem implementiert</li> <li>• Pflegeanamnese und Basis-Assessmenttool sind nach NNN aufgebaut und im Klinikinformationssystem implementiert</li> <li>• Focus- Assessment für Menschen mit Demenz ist im Klinikinformationssystem implementiert</li> <li>• Pflegesprechstunde ist eingeführt und mit der Anästhesiesprechstunde gekoppelt</li> </ul>
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	alle operativ tätigen Bereiche und Kliniken, medizinische Klinik, ärztliche Sekretariate, Disposition und Empfang
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2016-2018
<p><b>Art der Aktivität / des Projekts</b></p> <p>Projekt mit mehreren Teilprojekten, Prozessoptimierung</p> <p>Teilprojekt 1 und 2 wurden 2017 abgeschlossen</p>	



Projekt: Demenzsensibles Spital

<b>Ziele</b>	Patienten und Patientinnen mit der Nebendiagnose Demenz und kognitiver Störung werden professionell durch den Spitalaufenthalt geführt. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Demenz ist optimiert unter Berücksichtigung des heutigen Standes der Erkenntnisse.</li> <li>• Die Angehörigen und Vor- und Nachversorger werden aktiv einbezogen, mit dem Ziel die Übergänge zu verbessern.</li> </ul>
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Kliniken und Bereiche mit Patientinnen- und Patientenkontakt
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2014- 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Prozessoptimierung, Knowhow Vertiefung und Vernetzung mit Angehörigen und Institutionen die an Übergängen beteiligt sind.
<b>Methodik</b>	Sensibilisierung der Mitarbeitenden im Spital für die Begleitung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Demenz. Enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Verbesserung des Übergangs bei Spitaleintritt und Austritt.

## Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

	<p><b>Methoden:</b> Literaturarbeit, Evidenzbasierte Umsetzung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, der Erfahrungen des Behandlungsteams und des lokalen Kontextes.</p> <p><b>Massnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrungsaustausch innerhalb und unter den Berufsgruppen</li> <li>- Erstellen von Checklisten für die Betreuung und Behandlung (mit wichtigen Themen im Laufe des Aufenthaltes)</li> <li>- Erstellen von Hilfsmitteln für die Erfassung von Informationen vom Umfeld des Betroffenen.</li> <li>- Beschäftigungs- und Orientierungshilfsmittel konzipieren und zur Verfügung stellen.</li> <li>- Evaluierung der Erfassungsinstrumente von Schmerzzuständen bei Patientinnen und Patienten mit Demenz</li> <li>- Innerbetriebliche Fortbildung (Pflege, Ärzte und weitere Berufsgruppen)</li> <li>- Austausch mit Vor- und Nachversorger: mit dem Ziel die Übertritts-Prozesse zu verbessern</li> <li>- Absprache mit Institutionen die Unterstützungsangebote für Patientinnen und Patienten mit Demenz zur Verfügung stellen. Informationsmaterial zur Verfügung stellen.</li> <li>- Kontinuierliche Verbesserung der Betreuung durch Einbezug der Mitarbeitenden zur Weiterentwicklung des Themas</li> </ul>
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Mitarbeitende aus den o.g. Bereiche
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Evaluation von Innerbetrieblicher Fortbildung mittels Auswertungsbogen online. Evaluierung von Teilprojekten: angepasst an den Inhalt der Projekte.



### Ambi - Frauenklinik

<b>Ziel</b>	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess nach Lean-Management ist eingeführt. Verbesserung des Patientinnen- und Patientenerlebnisses. Verbesserung der Mitarbeitenden Zufriedenheit durch Nivellierung der Belastung.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Frauenklinik Ambulatorium
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2016-2018, mit kontinuierlichem Verbesserungsprozess im Anschluss
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Vorgehen nach Leanmanagement Prozess
<b>Methodik</b>	Leanmanagement System
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen der Organisationseinheit
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Tool "Happy or not", Gemba Beobachtungen vor Ort, Kaizen

#### 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 ein CIRS im Jahr 2010 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 Spital Zollikerberg verfügt über ein modernes CIRS-System mit elektronischem Meldeportal und Bearbeitungssystem, systemischer Fallanalyse und Problemlösungsprozessen in Anlehnung an den PDCA-Zyklus mit dem Ziel der Fehlervermeidung und der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Unter systemischer Fallanalyse wird die chronologische Aufbereitung von Sicherheitslücken und Fehlerketten, sowie die Identifikation tieferliegender Ursachen verstanden.

#### 4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

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

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und 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.spitalzollikerberg.ch/ergebnisse-IQM> 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.

#### Bemerkungen

Das Spital wird in 2018 das nächste Peer Review absolvieren.

## 4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/saqm/service/forum\\_medizinische\\_register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/service/forum_medizinische_register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>AMDS</b> Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://www.iumsp.ch/ADS">www.iumsp.ch/ADS</a>	2001
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG <a href="http://www.agc.ch">www.agc.ch</a>	2011
<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>	2011
<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>	2008
<b>Infreporting</b> MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	-
<b>Dialyseregister</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	2004
<b>SPSU</b> Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) <a href="http://www.bag.admin.ch/k_m_meldes">www.bag.admin.ch/k_m_meldes</a>	2004
<b>SRRQAP</b> Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern <a href="http://www.srrqap.ch">www.srrqap.ch</a>	2011
<b>Neonatal Registry</b> Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie <a href="http://www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13">www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13</a>	2002

<b>SNPSR</b> Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	k.A.
<b>SPNR</b> Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister	Pädiatrie, Nephrologie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern <a href="http://www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news/swiss-paediatric-renal-registry">www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news/swiss-paediatric-renal-registry</a>	k.A.
<b>Swiss Spine</b> SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine <a href="http://www.swiss-spine.ch">www.swiss-spine.ch</a>	k.A.
<b>KR Zürich/Zug</b> Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	<a href="http://www.krebsregister.usz.ch">www.krebsregister.usz.ch</a>	2003

#### 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
Qualitop	Physiotherapie	2003	2017	
ISO-Norm ISO-Nummer 13485	Zentralsterilisation	2013	2017	Re-Zertifizierung
CSS - Krankenversicherung	1. gesamtes Spital 2. Neonatologie	2017	2017	fakultative Audits
Peer Review	Kliniken	2017	2017	

# 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 aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

#### Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
<b>Spital Zollikerberg</b>	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.19 Innerhalb des CI
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.57 Innerhalb des CI
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.54 Innerhalb des CI
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.46 Innerhalb des CI
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.06 Innerhalb des CI
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	86.29 Innerhalb des CI

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert. 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](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung			
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 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 2016 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>	
Spital Zollikerberg			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	666		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	315	Rücklauf in Prozent	47 %

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenzufriedenheit Radiologie ambulant

Die Befragung enthielt Fragen zu folgenden Themen:

1. Empfang (Bsp.: Terminabsprache, Weg zur Behandlung, Wartezeit bis zur Behandlung)
2. Diagnostik (Bsp.: Wahrung der Privatsphäre, Allgemeine Infrastruktur)
3. Entlassung (Bsp.: Qualität der Betreuung, Freundlichkeit)

Diese Patientenbefragung haben wir vom 01.10.2017 bis 31.12.2017 durchgeführt.  
Radiologie

Gesamtzufriedenheitswert aus dem Berichtsjahr 2017 : 9.4 (Maximalwert: 10)

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Fragebogen

### 5.2.2 Patientenzufriedenheit Dialyse ambulant

Die ambulante Patientenbefragung auf der Dialysestation bestand aus folgenden Kategorien mit diversen Unterfragen:

- die ärztliche Betreuung
- die pflegerische Betreuung
- die Information über das weitere Vorgehen
- die Wahrung der Privatsphäre
- die Infrastruktur

Diese Patientenbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.

Der Gesamtzufriedenheitswert der Befragung liegt bei 8.77 im Vergleich zum Vorjahr: 8.8.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Fragebogen und online



### 5.2.3 Kinderpermanence: Zufriedenheit Eltern/ Patienten

Die Fragebögen wurden Eltern oder älteren Patienten und Patientinnen ausgehändigt.

750 Fragebögen wurden abgegeben bei einem Rücklauf von 18,1 Prozent.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Februar bis Oktober durchgeführt.

Die nächste Patientenbefragung erfolgt im Jahr 2019.

Kinderpermanence

Die Ergebnisse sind insgesamt als gut zu bewerten.

Verbesserungspotentiale sind im organisatorischen Bereich zu finden.

Unterdessen sind bereits erste Massnahmen umgesetzt um die Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen und Eltern weiter zu erhöhen.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

### 5.2.4 PEQ

Patient's Experience Questionnaire - Patientenzufriedenheitsbefragung

Diese Patientenbefragung haben wir vom Juni 2017 bis August 2017 durchgeführt.

Ausschluss der Wöchnerinnen, Patienten der Neonatologie, Befragung erfolgte gem. aller Vorgaben von hcri/ Post

An der Befragung nahmen 377 stationär behandelte Patientinnen und Patienten des Spital Zollikerberg teil.

## Resultate PEQ Spital Zollikerberg nach Berufsgruppen

Fragen nach Bereich	SZB 2016	SZB 2017	Δ PEQ 2017 zu 2016
Ärztl. Versorgung	5.5	5.5	0.0
Pflegerische Betreuung	5.4	5.5	0.1
Management, Service	5.3	5.4	0.1

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	PEQ

### 5.2.5 Comparis (Frauenklinik)

Seit 2014 beteiligt sich das Spital Zollikerberg - Maternite (Station) an dieser Befragung.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Maternite (Station)

Im Jahr 2017 haben sich 101 Patientinnen an der Befragung beteiligt.

Die maximale Bewertung entsprach einer 6.0.

Die Patientinnen haben der Geburtsklinik des Spitals Zollikerberg eine Gesamtzufriedenheit von 5.5 attestiert.

## Comparis Vergleich 2016/2017

Thema	2015	2016	2017
Leistung	5.7	5.7	5.6
Prozess	5.4	5.4	5.4
Betreuung	5.5	5.6	5.4
Weiterempfehlung	5.7	5.8	5.5

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Comparis
Methode / Instrument	Onlinebefragung

### 5.2.6 Patientenzufriedenheit Physiotherapie, Ergotherapie

Erfassung der ambulanten Ergo- und Physiotherapie des Spital Zollikerbergs

Folgende Themen werden ausgewertet:

- Anmeldeprozedere
- Inhalt
- Therapie
- Vorbereitung
- Abschluss Therapie/Heimprogramm
- Abschluss Therapie
- Kompetenzeinschätzung der TherapeutInnen

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Physio- therapie	Ambulante Patienten- befragung	-	-	-	8.97	9.23	9.38	9.31	9.27	Gesamtzufriedenheit (Mittelwert)
---------------------	-----------------------------------	---	---	---	------	------	------	------	------	----------------------------------

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	spezielles Instrument

### 5.2.7 Zuweiserfriedenheit Radiologie

Ermitteln der Zufriedenheit der Zuweiser in die Radiologie mit Angebot und Leistung

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.  
Radiologie

Zufriedenheitswerte Spital Zollikerberg 2013 - 2017

Messung	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Zuweiser Radiologie**</b>	76.15	x	x	72.64	76.15
**max. Punktzahl 100; hier wurde die Top 1 Zufriedenheit zusammengefasst					

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	spezielles Instrument

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### Spital Zollikerberg

Spitaldirektion

Dr. Orsola Vettori

Spitaldirektorin + Stab der Direktion

[info@spitalzollikerberg.ch](mailto:info@spitalzollikerberg.ch)

Weisung zum Umgang mit Reklamationen ist im Intranet hinterlegt und für jeden Mitarbeitenden zugänglich. Diese Weisung beinhaltet unter anderem die Grundsätze im Umgang mit Reklamationen bis hin zur genauen Handhabung mit Reklamationen.

## 6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der 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	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
<b>Spital Zollikerberg</b>	
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.90 (7.34 - 10.00)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	9.20 (8.24 - 10.00)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.70 (7.53 - 10.00)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.60 (8.82 - 10.00)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.70 (9.11 - 10.00)

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.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2017 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>	
Anzahl angeschriebene Eltern 2017	284		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	142	Rücklauf in Prozent	50.00 %

## 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 Im Berichtsjahr wurde keine Messung zum Thema Mitarbeiterzufriedenheit durchgeführt.

Die nächste Befragung ist für das Jahr 2019 geplant.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.  
Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2019.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	standardisierter 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		2013	2014	2015	2016**
<b>Spital Zollikerberg</b>					
Beobachtete Rate	Intern:	-	-	2.81%	2.81%
	Extern:	-	-	0.06%	0.06%
Erwartete Rate		-	-	3.44%	3.44%
Verhältnis der Raten***		0.95	0.8	0.83	0.83

\*\* Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

\*\*\* 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](http://www.anq.ch).

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

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

## 10 Operationen

### 10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

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

#### Messergebnisse

Datenanalyse	2013	2014	2015	2016 <sup>**</sup>
<b>Spital Zollikerberg</b>				
Beobachtete Rate	-	-	1.36%	1.17%
Erwartete Rate	-	-	1.85%	1.85%
Verhältnis der Raten <sup>***</sup>	0.75	0.73	0.74	0.74

<sup>\*\*</sup> Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

<sup>\*\*\*</sup> 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](http://www.anq.ch).

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

Siehe auch ANQ-Homepage: Die Ergebnisse der Messung potenziell vermeidbare Reoperationen werden vorläufig nicht veröffentlicht.

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
<b>Spital Zollikerberg</b>		
Anzahl auswertbare Operationen:		

## 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 nach folgenden Operationen:

- Gallenblasen-Entfernungen
- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen



**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			adjustierte Infektionsrate % 2014	2015	2016	
<b>Spital Zollikerberg</b>						
Gallenblasen-Entfernungen	124	1	3.00%	2.00%	1.90%	0.70% (0.00% - 2.10%)
Dickdarmoperationen (Colon)	55	4	15.50%	20.00%	10.40%	7.30% (2.00% - 17.60%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			adjustierte Infektionsrate % 2013	2014	2015	
<b>Spital Zollikerberg</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	66	1	-	-	0.00%	1.50% (0.00% - 4.50%)

\* 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](http://www.anq.ch).

**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), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) und [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze)

#### Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
<b>Spital Zollikerberg</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	2	2	5
In Prozent	3.10%	4.20%	3.60%	8.90%

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

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

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>	
<b>Spital Zollikerberg</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	56	Anteil in Prozent (Antwortrate)	-

## 12.2 Eigene Messung

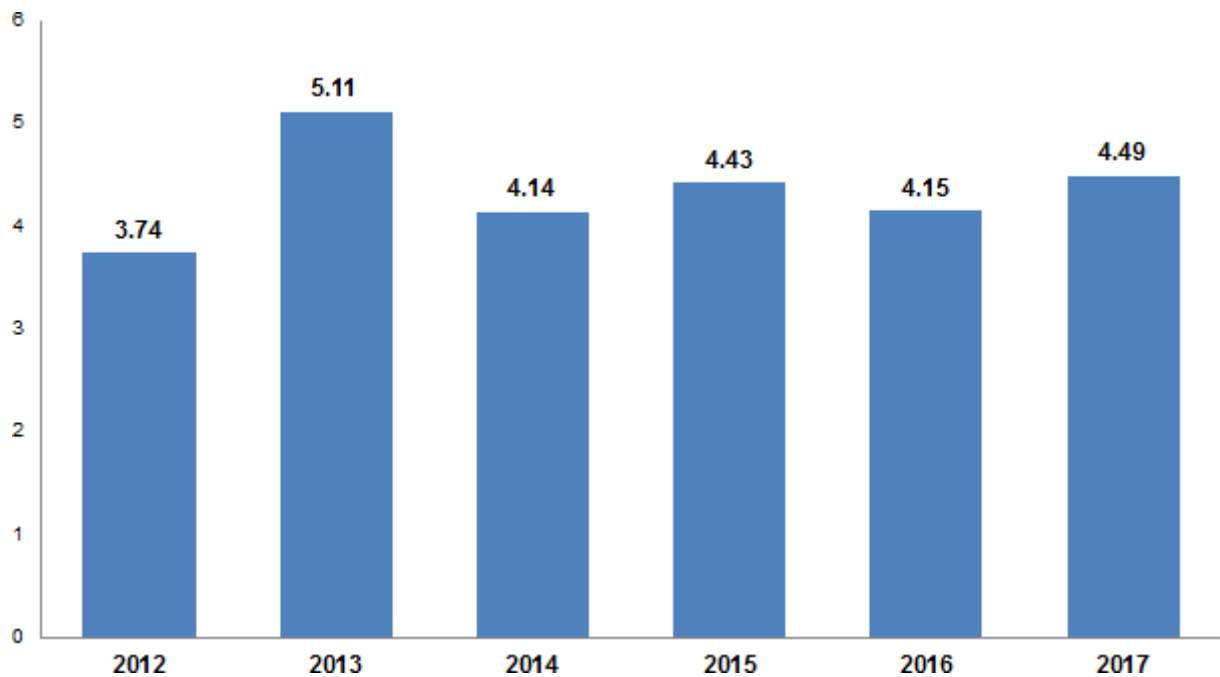
### 12.2.1 Stürze (Langzeitmessung)

Alle Stürze von stationären Patienten und Patientinnen im Spital Zollikerberg werden erfasst.

Die Ergebnisse wurden anhand eines Sturz-Protokolls und aus den Daten des Klinikinformationssystems gewonnen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.  
Alle Kliniken und Abteilungen sind eingeschlossen.  
Eingeschlossen wurden im Kollektiv alle Patienten und Patientinnen.

#### Stürze pro 1000 Pflgetage



Die älteren Patientinnen und Patienten, die im Spital Zollikerberg hospitalisiert sind, haben ein hohes Risiko für Stürze.

Durch das interne Sturzpräventionsprogramm, welches interprofessionell angelegt ist und auf die individuellen Sturzrisikofaktoren der Patienten abzielt, konnte die Sturzzahl erfolgreich tief gehalten werden.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

Auswertung aus den Sturzprotokollen im Klinikinformationssystem

## 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 Schwerkraften.

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. 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

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
<b>Spital Zollikerberg</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	1	1	0	1	1.80%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	0.07			-

##### Bei Kindern und Jugendlichen

Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
<b>Spital Zollikerberg</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	0			-

\* 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](http://www.anq.ch).

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

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten ≥ 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 Erwachsenenspitals 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>	
<b>Spital Zollikerberg</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	56	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2017	7	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	-

## 13.2 Eigene Messungen

### 13.2.1 Dekubitus - Auswertung des Klinikinformationssystems

Erfassung sämtlicher im Klinikinformationssystem dokumentierten Dekubiti.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die Auswertung schliesst sämtliche Abteilungen des Spitals ein

In die Auswertung wurden sämtliche Patienten des Spitals eingeschlossen, bei denen im Behandlungsverlauf eine Dekubituserfassung im Klinikinformationssystem vorgenommen wurde (ungeachtet der Tatsache, ob ein Dekubitus vorhanden war oder nicht).

	Anzahl Patienten	Anzahl Pflege tage	Dekubitus vorbestehend	Dek. Im Spital entstanden	%-Anteil vorbestehend	%-Anteil im Spital erworben	Gesamt Dekubiti pro 1000 Pflege tage	Dekubiti im Spital entstanden pro 1000 Pflege tage
<b>Gesamtspital</b>	<b>6319</b>	<b>35793</b>	<b>170</b>	<b>72</b>	<b>2.69</b>	<b>1.14</b>	<b>6.76</b>	<b>2.01</b>

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

Erfassung aus dem Klinikinformationssystem

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Präoperative Prozesse vor Spitaleintritt

**Ziel:** Zur Verbesserung der Betreuungsqualität der Patienten entwickelt das Projektteam neue Standards zur Optimierung präoperativer Prozesse.

Folgende Berufsgruppen waren involviert: Ärzte, Pflege, Administration und weitere

**Projektziele:**

- Stationäre Fälle können vor Spitaleintritt eröffnet werden
- Elektronische OP- Anmeldung ist im Klinikinformationssystem möglich
- Sprechstundentermine können in der Patientenagenda (eigenständiges Projekt) im Klinikinformationssystem geplant werden.
- Interprofessionelles Anamnese - & Assessmenttool ist im Klinikinformationssystem implementiert
- Pflegeanamnese und Basis-Assessmenttool sind nach NNN aufgebaut und im Klinikinformationssystem implementiert
- Focus- Assessment für Menschen mit Demenz ist im Klinikinformationssystem implementiert
- Pflegesprechstunde ist eingeführt und mit der Anästhesiesprechstunde gekoppelt

Im 2017 konnten die Teilprojekte 1: Falleröffnung und 2: elektronische (OP-) Anmeldung abgeschlossen werden.

Details siehe auch Kapitel: 4.4.

#### 18.1.2 Patientenfluss Ambulatorium Frauenklinik

**Ziel:** Das Ambulatorium Frauenklinik funktioniert nach Grundsätzen des Lean Managements.

**Projektziele:**

- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess nach Lean-Management ist eingeführt.
- Patientinnen- und Patientenerlebnisse verbessern (hohe Patientinnen und Patientenzufriedenheit)
- Wertschöpfung dem Patienten gegenüber maximieren, effizientere Abläufe aus Sicht der Patientinnen und Patienten
- Verbesserung der Mitarbeitenden Zufriedenheit durch Nivellierung der Belastung.
- Reduktion der Komplexität
- Intensivierung der interprofessionellen Zusammenarbeit (Verbesserung der gegenseitigen Kommunikation)
- Erhöhung der Selbstorganisation durch Kaizen
- Reduktion von Verschwendung

**Involvierte Berufsgruppen:** Medizinische Praxisassistentinnen, Ärzte und Ärztinnen der Frauenklinik

**Methodik:** Ist-Erhebung vor Ort, Schulungen der betroffenen Berufsgruppen, Auswertung von Patientenrückmeldungen, Prozessanpassungen, neue Aufgabenprofile und Standards erstellen.

**Ergebnisse:** Höhere Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit

Thema	Ziel - Kennzahl	2016	2017
Telefonische Erreichbarkeit	95% der Anrufe innert < 3 Min beantwortet (Neu Servicelevel 92%)	●	●
Nivellierung der Belastung	< 40% zur vollen Stunde	●	●
	Verteilt auf 8UZ werden an 25 Tagen im Monat 60 Pat. (+/- 3) im FK Ambi behandelt.	○	○
Kunden-zufriedenheit	80% Note 4 (von 4) 17/18 76% Note 5 (von 5) 2016	●	●
Mitarbeiter-zufriedenheit	>78% ?	●	●
KVP	6 Verbesserungen mit positivem Effekt umgesetzt	○	●
Wartezeit	< 10 Minuten	●	○

● = Werte im Zielbereich	● = Trend stimmt
● = Massnahmen nötig	○ = Keine Messung

**Derzeitiger Stand:** Kontinuierlicher Verbesserungsprozess implementiert, laufendes Coaching der Mitarbeitenden.

### 18.1.3 Demenzsensibles Spital

**Ziel:** des Projektes ist es, Patienten mit der Nebendiagnose Demenz und kognitiven Störungen professionell durch den Spitalaufenthalt zuführen.

#### Teilziele:

- Die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Demenz ist optimiert unter Berücksichtigung des heutigen Standes der Erkenntnisse. Die Angehörigen und Vor- und Nachversorger werden aktiv einbezogen, mit dem Ziel die Übergänge zu verbessern.
- Sensibilisierung der Mitarbeitenden im Spital für die Begleitung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Demenz. Enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Verbesserung des Übergangs bei Spitaleintritt und Austritt.

Details siehe auch Kapitel 4.4.

#### Massnahmen im 2017:

- Fortbildung der von weiteren Mitarbeitenden (Pflege, Ärzte, Hotellerie) wird weitergeführt.
- Teilprojekt „Checkliste“ konnte abgeschlossen werden.
- Teilprojekt „Service und Unterstützungsangebote“ (für Angehörige und Patientinnen/Patienten): Zur Verfügung stellen von Broschüren, Übernachtungsmöglichkeiten etc. konnte abgeschlossen werden.
- Interne Messung wird durchgeführt (1/2 Jahr): Anzahl Patientinnen und Patienten die Demenz haben, Aufwand der Betreuung pro Station pro Tag.
- Beratungsangebot durch die Pflegeexperten/innen auf den Stationen wird vertieft.



## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

### 18.2.1 Erstzertifizierung Label " Qualität in Palliative Care"

Die Erstzertifizierung zum Kompetenzzentrum Palliative Care wurde gemäss des vorgeschriebenen Zertifizierungsprozesses geplant und aufgelegt. Dabei lag der Fokus auf der Personalqualifikation aller beteiligter Berufsgruppen und der technischen und räumlichen Ausstattung.

### 18.2.2 E-Health - Radiologie: Strukturierte Datenübermittlung

Im Rahmen der E-Health- Entwicklung hat das Spital Zollikerberg die strukturierte Datenübermittlung getestet.

Dabei wurde einer ausgewählten Zuweisergruppe erstmals die digitale Anmeldung ermöglicht. Ziel ist es, Daten künftig direkt aus der Arztsoftware in die Systeme der Spitäler einzuspeisen.

### 18.2.3 Speak up

Das Spital Zollikerberg hat im September 2017 an der Schweizer Aktionswoche Patientensicherheit teilgenommen. Das Thema: "Speak up - Wenn Schweigen gefährlich ist"

Das Spital will damit seine offene Kommunikationskultur weiter fördern, in der Mitarbeitenden gegenseitig Sicherheitsbedenken äussern und damit Fehler verhindern.

"Speak up" ist ab dem Jahr 2018 offizieller Bestandteil der Qualitätssicherung im Spital Zollikerberg.

### 18.2.4 CSS Audit

Das CSS- Audit ist ein freiwilliges Audit, dass 2017 erstmalig am Spital Zollikerberg durchgeführt wurde.

Das gesamte Spital und explizit die Klinik für Neonatologie wurden anhand eines umfangreichen Kriterienkataloges überprüft. In der Gesamtbewertung erreichte das Spital Zollikerberg einen sehr guten Erfüllungsgrad von 94 Prozent.

### 18.2.5 Triage-System der Kinderpermanence

Das Spital Zollikerberg hat gemeinsam mit dem Kinderspital Zürich das Notfall-Triagesystem für die Kinder-Permanence an den Bedarf einer Notfallpraxis angepasst. Ziel ist eine Triage nach objektivierbaren Kriterien, unabhängig von der Person, die die Triage durchführt.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Zertifizierung der AEMP

Die Re-Zertifizierung der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (vormals zentralen Sterilgutversorgung) erfolgte erfolgreich am 1.11.2017.

### 18.3.2 Audit des BAG zum Strahlenschutz

Ziel des Audits: Das Spital erhält eine Evaluierung der Alltagspraxis und kann mögliche Schwachstellen verbessern, andererseits können Patienten und Patientinnen Gewissheit haben, dass Untersuchungen und Behandlungen optimiert und gerechtfertigt sind.

Das Audit findet alle fünf Jahre statt und wurde erfolgreich absolviert.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Qualitativ hochstehende Leistungen zu erbringen fordert alle. Die Mitarbeitenden, welche direkt am Behandlungs- und Betreuungsprozess der Patientinnen und Patienten beteiligt sind, als auch Supportdienstleistende.

Qualität setzt tägliches Bemühen voraus. Das Spital Zollikerberg setzt dabei auf die fachliche Kompetenz der Mitarbeitenden, auf eine verlässliche Teamleistung und die persönliche Zuwendung gegenüber dem Patienten.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinformation.ch](http://spitalinformation.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
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>
Neurochirurgie
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>
Ophthalmologie
Katarakt
<b>Hormone (Endokrinologie)</b>
Endokrinologie
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
<b>Gefässe</b>
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)

Interventionen periphere Gefäße (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
<b>Herz</b>
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
<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'
Plastische Rekonstruktion der Urethra
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
<b>Rheumatologie</b>
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
<b>Geburtshilfe</b>
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und $\geq$ 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
<b>Neugeborene</b>
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und $\geq$ 2000g)
Neonatalogie (ab 32. Woche und $\geq$ 1250g)
<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie
Radio-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/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



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

## Weitere Gremien



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

Siehe auch: [www.anq.ch](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**).