



**Spital Zollikerberg**  
Ihr Schwerpunkthospital im Grünen

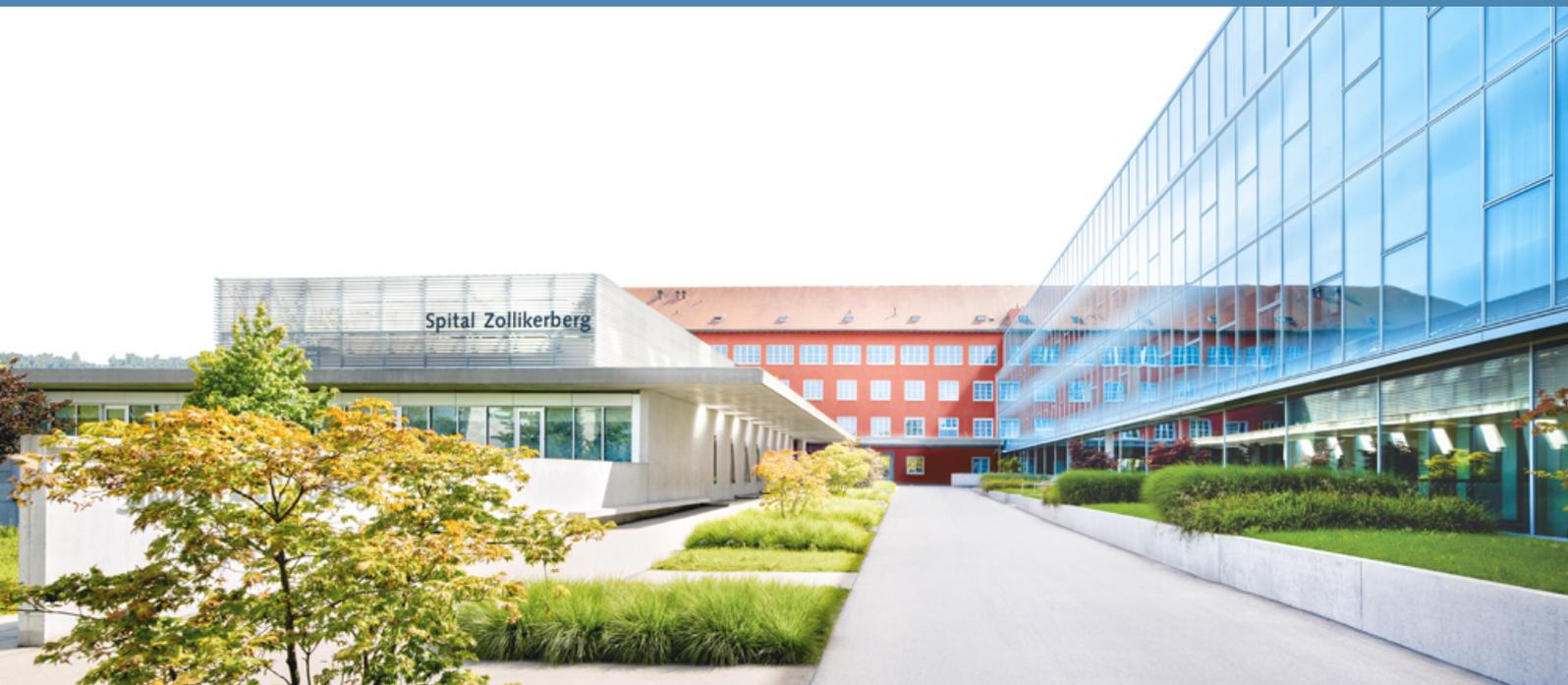
# Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

17.04.2019  
Orsola Vettori, Spitaldirektorin

Version 2



**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 2018.

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 2018

Frau 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. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbititäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilospitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

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



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018 .....	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	17
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren .....	18
4.5 Registerübersicht .....	19
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	21
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>22</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>23</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	23
5.2 Eigene Befragung .....	25
5.2.1 Online Patientenbefragung (stationäre Patienten/-innen Privatstationen) .....	25
5.2.2 Frauenpermanence Stadelhofen mit Happy or not .....	26
5.2.3 Comparis Patientinnenzufriedenheit: Maternite .....	27
5.2.4 Patientenzufriedenheit Dialyse .....	28
5.2.5 Ambulatorium Frauenklinik mit Happy or not .....	29
5.3 Beschwerdemanagement .....	29
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>30</b>
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik .....	30
6.2 Eigene Befragung .....	31
6.2.1 Intensivstation: Angehörigenzufriedenheit .....	31
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>32</b>
7.1 Eigene Befragung .....	32
7.1.1 Im Berichtsjahr wurde keine Messung zum Thema Mitarbeiterzufriedenheit durchgeführt. .	32
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>33</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>33</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	33
<b>10 Operationen</b> für diesen Zeitraum sind keine Daten publiziert	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>34</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	34
<b>12 Stürze</b> .....	<b>35</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	35
12.2 Eigene Messung .....	37
12.2.1 Stürze (Langzeitmessung) .....	37
<b>13 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> Der Einsatz von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen wird im Rahmen der Sturzprophylaxe beobachtet. Es bestehen Richtlinien die mit dem Ethikforum erstellt wurden	
<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</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	Clean Hands .....	41
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 .....	42
18.2.1	Demenzsensibles Spital.....	42
18.2.2	Optimierung präoperativer Prozesse vor Spitaleintritt, kombinierte Anästhesie- und Pflegesprechstunde .....	43
18.2.3	"Move".....	44
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	44
18.3.1	Zertifizierung der AEMP .....	44
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>45</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>46</b>
Akutsomatik .....		46
<b>Herausgeber .....</b>		<b>48</b>

## 1 Einleitung

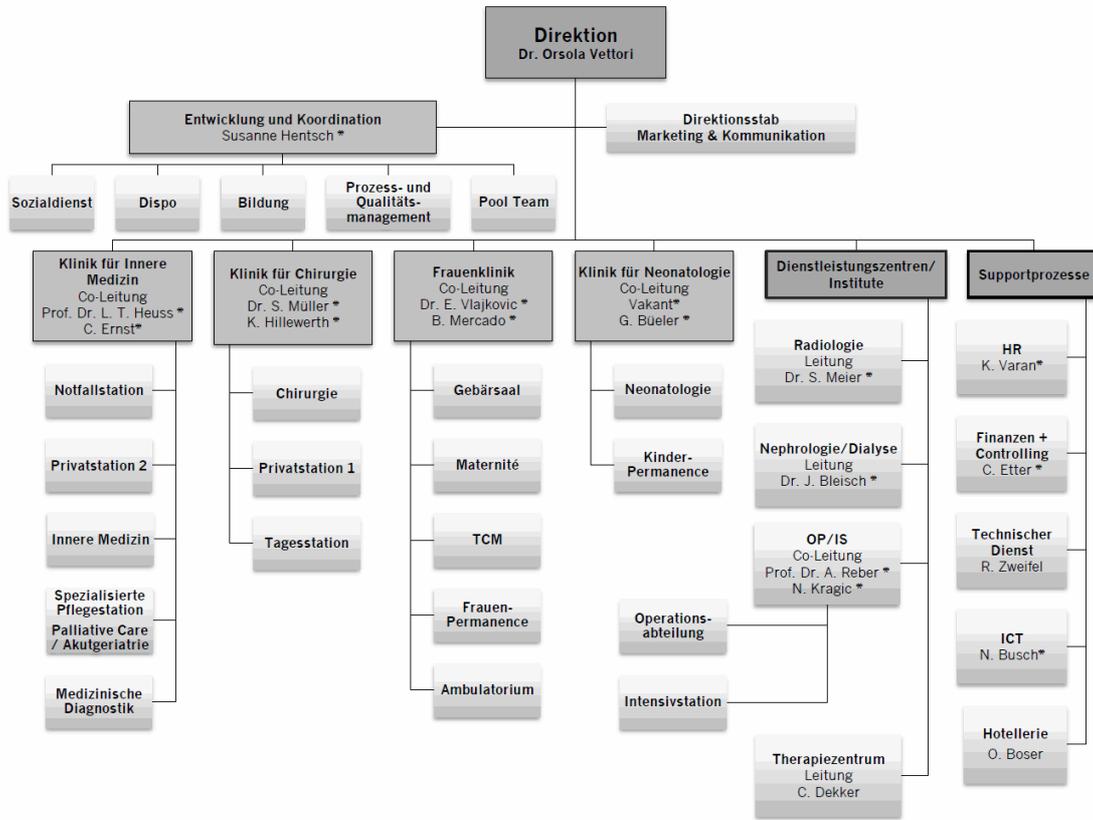
Das Spital Zollikerberg trägt als Privatspital mit öffentlichem Leistungsauftrag und 180 Betten zur optimalen medizinischen Versorgung des Grossraumes Zürich bei.

- Das Spital Zollikerberg behandelte 10'791 stationäre Fälle.
- Ambulante Patientinnen und Patienten wurden 52'278 behandelt.
- Die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten betrug 63'069.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



\* Mitglieder der Spitalleitung

Ab 20.4.2018

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

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Dr. Orsola Vettori  
Spitaldirektion  
044 397 21 01  
[orsola.vettori@spitalzollikerberg.ch](mailto:orsola.vettori@spitalzollikerberg.ch)

Frau Mira Zasowski  
Leiterin Rechnungswesen  
044 397 27 69  
[mira.zasowski@spitalzollikerberg.ch](mailto:mira.zasowski@spitalzollikerberg.ch)

Frau Susanne Hentsch  
Leiterin Entwicklung und Koordination  
044 397 22 18  
[susanne.hentsch@spitalzollikerberg.ch](mailto:susanne.hentsch@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). Die operative Koordination obliegt der Leitung Entwicklung und Koordination. Die Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung entlastet die Spitalleitung und unterstützt die Koordination.

Die Umsetzung und Kontrolle der QM-Ziele und QM-Massnahmen 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 2018

Die Qualität der Dienstleistungen des Spitals sind in der Spitalstrategie verankert:

- Die Patientenzufriedenheit (auch über Outcome) ist überdurchschnittlich
- Alle Kliniken etablieren Outcome-orientierte Nachweise der Leistungsqualität
- Gemäss Leistungsauftrag geforderte Zertifizierungen sind zeitgerecht erreicht
- Die Sicherheit von Patienten hat oberste Priorität
- Gemäss Leistungsauftrag geforderte Zertifizierungen sind zeitgerecht erreicht

Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018:

1. Vorbereitung der Zertifizierung: Brustzentrum Zürich, Bethanien & Zollikerberg
2. Aufbau und Etablierung einer eigenen Online Patienten- und Patientinnenzufriedenheitsbefragung, die ganzjährig durchgeführt wird.
3. Projekt "Move"

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

Siehe Kapitel 4.4. Qualitätsaktivitäten und Projekte

### 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, ergänzend zur Vorort durchgeführten Patientinnen und Patientenonlinebefragung, 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 2018 folgende Aus- und Weiterbildungsplätze an:

<b>Assistenzärztin/-arzt</b>	<b>85</b>
<b>Unterassistent/in</b>	<b>58</b>
<b>Studierende Hebamme FH</b>	<b>20</b>
<b>Studierende/-r Pflege FH</b>	<b>8</b>
<b>Studierende/-r Pflege HF</b>	<b>43</b>
<b>Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ i.A.</b>	<b>45</b>
<b>Studierende/r Ernährungsberater/-in FH</b>	<b>1</b>
<b>Studierende/-r Ergotherapie FH</b>	<b>1</b>
<b>Studierende/-r Physiotherapie FH</b>	<b>14</b>
<b>Dipl. Pflegefachfrau/-mann Anästhesie i.A. (NDS)</b>	<b>5</b>
<b>Dipl. Pflegefachfrau/-mann Intensivpflege i.A. (NDS)</b>	<b>3</b>
<b>Dipl. Pflegefachfrau/-mann OPS i.A. (NDS)</b>	<b>1</b>
<b>Studierende Fachfrau/-mann OP-Technik HF</b>	<b>5</b>
<b>Dipl. Radiologiefachfrau/-mann HF i.A.</b>	<b>3</b>
<b>Fachmann/-frau Betriebsunterhalt EFZ i.A.</b>	<b>2</b>
<b>ICT Fachfrau/Fachmann EFZ i.A.</b>	<b>1</b>
<b>Kauffrau/-mann i.A.</b>	<b>4</b>

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

### **Kooperationen**

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

Die Etablierung eines "Somatopsychiatrischen Zentrums" ist gemeinsam mit der Klinik Hohenegg in Vorbereitung.

Die Kooperation mit der Privatklinik Bethanien hat den Betrieb eines gemeinsamen zertifizierten Brustzentrums zum Ziel.

## 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 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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online Patientenbefragung (stationäre Patienten/-innen Privatstationen)</li> <li>▪ Frauenpermanence Stadelhofen mit Happy or not</li> <li>▪ Comparis Patientinnenzufriedenheit: Maternite</li> <li>▪ Patientenzufriedenheit Dialyse</li> <li>▪ Ambulatorium Frauenklinik mit Happy or not</li> </ul>
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intensivstation: Angehörigenzufriedenheit</li> </ul>
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stürze (Langzeitmessung)</li> </ul>
<i>Wundliegen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dekubitus - Auswertung des Klinikinformationssystemes</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Vorbereitung der Zertifizierung: Brustzentrum Zürich, Bethanien & Zollikerberg

<b>Ziel</b>	Erfolgreich bestanden Audit (Krebsliga)
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Spital Zollikerberg, Privatklinik Bethanien
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	1.1.2018 - 15.12.2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
<b>Begründung</b>	Auflage der Gesundheitsdirektion ZH
<b>Methodik</b>	Methodenmix
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte/-innen, Breast Care Nurses, Pflegefachpersonen, Therapeuten/-innen, ICT, Apotheke, Kooperationspartner (Core Team Members)
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Entspricht der Zulassung zum Audit durch die Krebsliga.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	<a href="https://www.brustzentrum-zuerich.ch/de/">https://www.brustzentrum-zuerich.ch/de/</a>

##### Zufriedenheitsbefragung - stationäre Privatpatientinnen und -patienten (online)

<b>Ziel</b>	Die Messung ist erfolgreich etabliert
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Medizinische und Chirurgische Stationen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Januar 2018 - Oktober 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Kontinuierliche Erfassung der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit
<b>Methodik</b>	Konzepterstellung, Vorprojekt, Umsetzung, Evaluierung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege, Pflegeexperten/-innen, ICT (extern), Hotellerie, Freiwillige
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Evaluation ist Bestandteil des Vorprojektes.

## Move

<b>Ziel</b>	Stärkung der gemeinsamen Werterhaltung aller Mitarbeitenden des Spitals
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Stiftung Diakoniewerk Neumünster - Schweizerische Pflegerinnenschule (Trägerschaft Spital)
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Oktober 2017- 31.12.2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Siehe Ziel
<b>Methodik</b>	Vorprojekt (Schulung-Design), Pilotprojekt, Evaluation, Durchführung, Planung zur Nachhaltigkeit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle Berufsgruppen des Spitals.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Siehe Methodik
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Siehe Jahresbericht 2018 / Bildung, interne Fort- und Weiterbildung

## Projekt Patientenidentifikation: Erweiterung der bestehenden Identifikation durch Armbänder

<b>Ziel</b>	Sicherstellung der eindeutigen Patientenidentifikation
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Start 2018 (Projektstufe 1.), Weiterführung in 2019 geplant
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Siehe Ziel, Projekt findet im Verbund mit dem VZK statt.
<b>Methodik</b>	Konzepterstellung, Vorprojekt, Umsetzungsplanung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Schwerpunktmässig: Pflege, Ärzte und ITC
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Geplant für das Jahr 2019

## Projekt: Demenzsensibles Spital

<b>Ziel</b>	Optimale Betreuung der Patientinnen und Patientengruppe im Akutspital
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Relevante Kliniken und Bereiche
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Ende des Projektes: Herbst 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
<b>Begründung</b>	Siehe Ziel
<b>Methodik</b>	Konzepterstellung, Vorprojekt, Umsetzung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege, Ärzte, Therapeuten/-innen, Ethiker/-innen, Hotellerie, Freiwillige und weitere Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Evaluierung aller Teilprojekte durch Steuerungsgruppe
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Siehe Details Kapitel 18., Artikel Tagesanzeiger: 12.2.2019

## Optimierung der präoperativen Prozesse im Akutspital

<b>Ziel</b>	Patienten erleben den Eintrittsprozess als effizient. Die Informationen die erfasst werden, stehen allen am Prozess beteiligten zur Verfügung.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle operativ tätigen Bereiche und Kliniken, ärztliche Sekretariate, Dispositionen und Empfang
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	(SDC) Same day surgery
<b>Methodik</b>	Projektarbeit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Mitarbeitende aus den o.g. Bereichen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Jahresziel des Spitals 2018, Effizienzsteigerung, Vermeidung von Doppelterfassungen und Schnittstellenreduktion

## Ambi - Frauenklinik

<b>Ziel</b>	Verbesserung des Patientinnen- und Patientenerlebnisses. Ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess nach Lean-Management ist eingeführt. Eine Verbesserung der Mitarbeitenden Zufriedenheit durch Nivellierung der Belastung ist nachgewiesen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Frauenklinik
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2016 - 2018, mit kontinuierlichem Verbesserungsprozess im Anschluss
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Siehe Ziel, Vorgehen nach Leanmanagement
<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 im Jahr 2010 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 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.

Sicherung der Nachhaltigkeit:

Der übergeordnete CIRS Verantwortliche des Spitals (Chefarzt/ Klinikleitung des DLZ OP/IS) rapportiert jährlich innerhalb der Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung eine Detailanalyse über Auffälligkeiten aller Meldekreise des Spitals.

Innerhalb des Jahres finden unter Leitung des übergeordnete CIRS Verantwortlichen des Spitals Fachtreffen der CIRS-Verantwortlichen statt um z.B. Methodik, aktuelle Fragen und Absprachen zur gemeinsamen CIRS-Fallbearbeitung zu besprechen.

#### 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 2018 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

#### Bemerkungen

Das im Jahr 2018 durchgeführte Peer Review wurden von den durchführenden Peer Reviewer als sehr gut bewertet.

#### Auszug aus dem Protokoll zum Peer Review vom 12.11.2018:

"Die einheitliche Auffassung der Peers war, dass in der Abteilung hervorragende Arbeit geleistet wird. Dies betrifft alle vom Peerteam geprüften Aspekte (...).

Das interne Qualitätsmanagementsystem mit Fallkonferenzen funktioniert offensichtlich gut. Hervorzuheben ist zusätzlich die sehr gewissenhafte und sorgfältige Vorbereitung des ärztlichen und pflegerischen Teams auf das Peer Review."

## 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>A-QUA</b> MONITORING DER ANÄSTHESIEQUALITÄT IN DER SCHWEIZ	Anästhesie	SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://sgar-ssar.ch/a-qua/">sgar-ssar.ch/a-qua/</a>	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.aqc.ch">www.aqc.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>Dialyseregister</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	2004
<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>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>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>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>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	2018	jährliches Zertifikat
ISO-Norm ISO-Nummer 13485	AEMP	2013	2018	Re-Zertifizierung
Palliative Care	Spezialisierte Pflegestation (Innere Medizin)	2018	2018	Label: Qualität in der Palliative Care
Arbeitssicherheit: H+ Branchenlösung	Gesamtes Spital	2005	2015	obligatorisch
Strahlenschutz gemäss Strahlenschutzverordnung 814.1	Radiologie	2005	2018	obligatorisch
CSS - Krankenversicherung - Struktur-und Qualitätsaudit	Spital, Neonatologie	2017	2017	fakultativ
CIRS Audit	Gesamtes Spital	2017	2017	Auflage der Gesundheitsdirektion ZH
Strukturüberprüfung für Spitäler der Spitalliste	Gesamtes Spital	2017	2017	obligatorisch
Daten-Validierung Swiss Noso	obligatorische Indikationen	2015	2017	obligatorisch

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

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

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
<b>Spital Zollikerberg</b>		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.26	4.19 (4.11 - 4.27)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.67	4.57 (4.48 - 4.65)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.62	4.54 (4.46 - 4.62)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.56	4.46 (4.36 - 4.57)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.07	4.06 (3.96 - 4.16)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	89.10	86.29 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		652
Anzahl eingetreffener Fragebogen	325	Rücklauf in Prozent 50 %

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

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

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

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

Die risikoadjustierten Befragungsergebnisse des Spital Zollikerbergs sind unter Berücksichtigung des Vertrauensintervalles vergleichbar mit den Vorjahreswerten und den Werten des Gesamtkollektivs.

#### 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 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>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Online Patientenbefragung (stationäre Patienten/-innen Privatstationen)

In Ergänzung des Formulars "Ihre Meinung" werden alle Patienten über einen Online-Fragebogen zu ihren Erfahrungen während des Spitalaufenthaltes befragt.

Diese Patientenbefragung haben wir vom August Jahr 2018 bis Dezember Jahr 2018 durchgeführt. Die Messung fand in den medizinischen und chirurgischen Bettenabteilungen statt. Es wurden alle Patienten der teilnehmenden Abteilungen in die Befragung eingeschlossen.

### Details zur Messung

Start der Messung:

Seit August 2018 wird eine Online-Patientenbefragung auf den Stationen P1 (seit 10.2018) und P2 (seit 08.2018) durchgeführt.

Kollektiv: Insgesamt haben sich 165 Patienten (P1: 92, P2: 73) an der Befragung beteiligt.

Skalierung: Notenskala von 1 - 6

Anzahl Fragen: 18

### Ergebnisse

Gesamtzufriedenheitswert Station P1: 5.41

Gesamtzufriedenheitswert Station P2: 5.40

### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Befragung zeigt ein sehr positives Ergebnis in Bezug auf die Patientenzufriedenheit.

### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Qualitest
Methode / Instrument	Fragebogen und online

## 5.2.2 Frauenpermanence Stadelhofen mit Happy or not

Erhebung der Kunden-Zufriedenheit "Happy or not"

Diese Patientenbefragung haben wir vom Mai im Jahr 2018 bis Dezember im Jahr 2018 durchgeführt. Die Messung wurde in der Frauenpermanence Stadelhofen durchgeführt. Alle Patientinnen wurden in die Messung miteinbezogen.

Messergebnisse:

Insgesamt 552 Antworten ergaben einen "Happy-Index" von 93%.

### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das Ergebnis der "Happy or not" Befragung zeigt, dass die Patientinnen ausserordentlich zufrieden mit den Dienstleistungen der Frauenpermanence Stadelhofen sind.

### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Happy or not
Methode / Instrument	Happy or not

### 5.2.3 Comparis Patientinnenzufriedenheit: Maternite

Anzahl Teilnehmende: Im Jahr 2018 haben sich 394 Patientinnen an der Befragung beteiligt.

Skalierung: Die maximale Bewertung entsprach einer 6.0

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Thema	2015	2016	2017	2018
Anzahl Teilnehmende (n)	303	404	101	66
Leistung	5.7	5.7	5.6	5.5
Prozess	5.4	5.4	5.4	5.4
Betreuung	5.5	5.6	5.4	5.5
Weiterempfehlung	5.7	5.8	5.5	5.4

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Comparis
Methode / Instrument	Onlinebefragung

## 5.2.4 Patientenzufriedenheit Dialyse

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 Jahr 2018 durchgeführt. Alle Patientinnen und Patienten der Dialyse wurden befragt.

### Messergebnisse

Der Gesamtzufriedenheitswert der Befragung liegt bei 9.20 im Vergleich zum Vorjahr: 8.77

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Auswertung zeigt eine Verbesserungen in allen Teilbereichen der Befragung. Insgesamt sind die Ergebnisse sehr gut.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Online-Befragung

### 5.2.5 Ambulatorium Frauenklinik mit Happy or not

Ziel der Messung: Erhebung der Patientinnen-Zufriedenheit.

Fragenkatalog:

Es wurden 12 Fragen gestellt u.a. :

- Wurde Ihr Anliegen als Patientin ernst genommen?
- Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Wartezeit auf dem Ambulatorium der Frauenklinik?
- Wie zufrieden sind Sie mit der ärztlichen Betreuung?

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.  
Alle Patientinnen des Ambulatoriums der Frauenklinik wurden befragt.

Anzahl Befragte: Insgesamt haben sich 1210 Patientinnen an der Befragung beteiligt.

Kollektiv: Die Patientinnengruppe umfasst sowohl geplante als auch ungeplante (Notfall-) Patientinnen.

Messergebnis: Der ermittelte "Happy-Index" beträgt 86%.

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Der angestrebte Zielwert von 85% wurde überschritten. Das Messergebnis kann als gut bewertet werden.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Happy or not
Methode / Instrument	Happy or not

## 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	Vorjahreswerte 2017	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
<b>Spital Zollikerberg</b>		
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.90	9.36 (8.44 - 10.00)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	9.20	9.45 (8.84 - 10.00)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.70	9.45 (8.97 - 10.00)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.60	9.45 (8.90 - 10.00)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.70	9.82 (9.46 - 10.00)
Anzahl angeschriebene Eltern 2018		
Anzahl eingetreffener Fragebogen		Rücklauf in Prozent
		52.00 %

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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

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

Im Vergleich zum Vorjahresergebnis wurden deutlich bessere Werte erreicht. Das heisst, die Elternzufriedenheit ist deutlich verbessert worden.

#### 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 2018 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 6.2 Eigene Befragung

### 6.2.1 Intensivstation: Angehörigenzufriedenheit

Diese Befragung richtet sich an Besucher und Angehörige von Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation.

#### Fragenkatalog:

Gefragt wurde unter anderem:

-Bekamen Sie von den Ärzten genügend Informationen über den Zustand Ihres Angehörigen?

-Hatten Sie den Eindruck, dass sich das Pflorgeteam gut um Ihren Angehörigen gekümmert hat?

-Wussten Sie, dass Sie sich jederzeit telefonisch nach dem Zustand Ihres Angehörigen erkundigen durften?

Diese Angehörigenbefragung haben wir vom Dezember des Jahres 2018 bis Februar des Jahres 2019 durchgeführt.

Die Befragung wird auf der Intensivstation durchgeführt.

Die Befragung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Fragebogen

## 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 (BFS)	2014	2015	2016	2017
<b>Spital Zollikerberg</b>				
Verhältnis der Raten*	0.8	0.83	0.83	0.8
Anzahl auswertbare Austritte:				

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

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

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

Im Erhebungszeitraum wurde ein leichter Rückgang der Rehospitalisationsrate im Vergleich zum Vorjahresergebnis gemessen.

#### 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.

## 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
- \*\*\* Dickdarmoperationen (Colon)
- Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

#### Messergebnisse

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

#### Angaben zur Messung

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

## 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

	2015	2016	2017	2018
<b>Spital Zollikerberg</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	2	5	4
In Prozent	4.20%	3.60%	8.90%	7.30%
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	55	Anteil in Prozent (Antwortrate)		57.00%

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

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

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

Im Vergleich zur Vorjahresmessung fiel die Anzahl der Stürze geringer aus. Dies ist ein gutes Ergebnis.

#### 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 18</math> 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>

## 12.2 Eigene Messung

### 12.2.1 Stürze (Langzeitmessung)

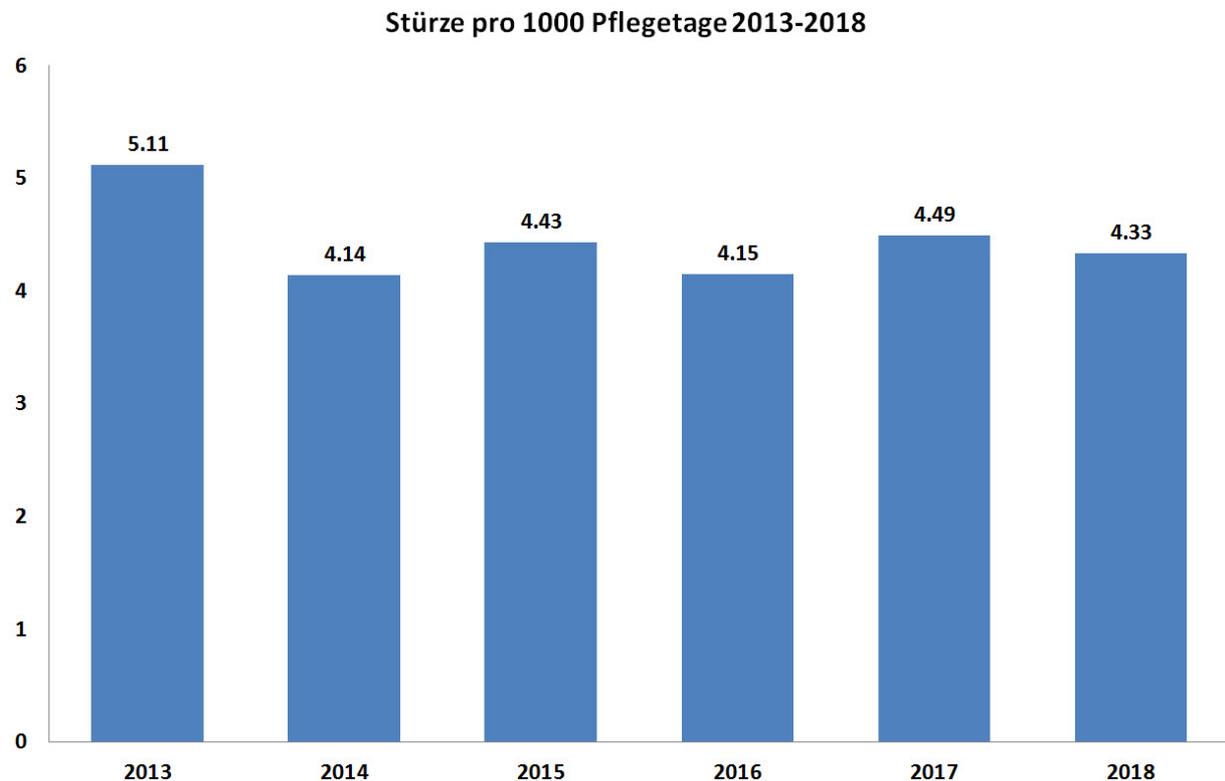
Alle Stürze von stationären Patienten und Patientinnen im Spital Zollikerberg werden erfasst.

Die Ergebnisse wurden anhand der Sturz-Protokolle, aus den Daten des Klinikinformationssystems gewonnen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Alle Kliniken und Abteilungen sind eingeschlossen.

Eingeschlossen wurden im Kollektiv alle Patienten und Patientinnen.



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

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

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

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
<b>Spital Zollikerberg</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	0	1	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0.07				-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018	55	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			57.00%	

##### Bei Kindern und Jugendlichen

Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
<b>Spital Zollikerberg</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4	0				-
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2018	7	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			100.00%	

\* 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.

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

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

Das Ergebnis der Messung zeigt, dass bei keinem Patienten (Erwachsene und Kinder) während des Spitalaufenthaltes ein Dekubitus Grad 2 oder höher entstanden ist.

#### 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 18</math> 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>

## 13.2 Eigene Messungen

### 13.2.1 Dekubitus - Auswertung des Klinikinformationssystemes

Erfassung sämtlicher im Klinikinformationssystem dokumentierter Dekubiti.

Die Auswertung basiert auf den erfassten Daten zu Dekubiti bei den Patientinnen und Patienten über das komplette Jahr.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.  
Die Auswertung schliesst sämtliche Abteilungen des Spitals ein.

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

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 Clean Hands

**Projektziel:**

- Berufsgruppenspezifische Kontrolle und Monitorisierung des korrekten Zeitpunkts der Händedesinfektion im Zusammenhang mit dem Patientenkontakt
- Schutz vor Keimübertragungen für Patienten und Patientinnen und für das Personal
- Hohe Händehygiene-Adhärenz, welche das Personal verinnerlicht hat

**Projekttablauf:**

Messungen erfolgen im:

- Stationären Bereich (Januar, Februar, September, Dezember)
- Ambulanten Bereich (Januar, Februar, September, Dezember)
- OP Bereich (September (Probemessung), Dezember)

**Involvierte Berufsgruppen:**

Ärzte, Pflege, Therapeuten, Mitarbeitende der Spitalhygiene/ Infektionsprävention, Mitarbeitende des OP und des Notfalls

**Evaluierung:**

Die Erstauswertung erfolgt direkt vor Ort in den Kliniken und Bereichen.

Der gesamte Datenzusammenzug und die Präsentation des internen Benchmark findet in der Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung und anschliessend in der Mitarbeiter- Informationsveranstaltung statt.

**Massnahmen:**

Die Erhebung wird in 2019 fortgesetzt. Das Thema: Händehygiene ist auf allen Ebenen präsent. Zum Beispiel beim Einführungstag für neue Mitarbeitende, im e-Learningangebot, mit der Aktion: Desinfektionsflaschen mit hausspezifischem Slogan, innerhalb der internen Schulungsangebote für alle relevanten Berufsgruppen, bei der Praxisbegleitung durch Mitarbeitende der Spitalhygiene/ Infektionsprävention.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

### 18.2.1 Demenzsensibles Spital

#### Ziel

Ziel des Projektes ist, Patienten mit der Nebendiagnose Demenz und kognitiven Störungen professionell durch den Aufenthalt im Akutspital zu führen.

#### Teilziele des Projektes

- Die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Demenz ist optimiert unter Berücksichtigung des heutigen Standes der medizinisch/ pflegerischen Erkenntnisse.
- Die Angehörigen, Vor- und Nachversorger werden aktiv in das Projekt einbezogen mit dem Ziel, die Übergänge zu optimieren.
- Die Mitarbeitenden im Spital werden für die Begleitung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Demenz sensibilisiert.
- Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird aktiv gestärkt.
- Den Patienten und Angehörigen werden Informationsangebote und die Materialien der Alzheimer Vereinigung erklärt und ausgehändigt.

#### Massnahmen im 2018

- Die internen Fortbildungen für weitere Berufsgruppen wie z.B. für die Pflege, Ärzte, Hotellerie werden durchgeführt. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit werden für das Jahr 2019 weitere Veranstaltungen eingeplant.
- Es wird weiter an der Konsolidierung der praktischen Umsetzungen für die Patientinnen und Patienten inkl. der möglichen Strukturanpassungen für diese Patientinnen- und Patientengruppe gearbeitet.
- Das durch ein Vorprojekt erprobte Unterstützungsangebot für Pflegeteams auf den Stationen wird weiter praktiziert.
- Die fachliche Evaluierung zum korrekten Einsatz dieser zusätzlichen Betreuungsressourcen erfolgt täglich durch die Pflegeexperten/-innen.

## 18.2.2 Optimierung präoperativer Prozesse vor Spitaleintritt, kombinierte Anästhesie- und Pflegesprechstunde

### Übergeordnetes Projektziel:

Patienten erleben den Eintrittsprozess als effizient.

### Teil-Projektziele:

- Stationäre Fälle können vor Spitaleintritt eröffnet werden
- Elektronische OP- Anmeldungen sind im Klinikinformationssystem möglich
- Sprechstundentermine können im Klinikinformationssystem geplant werden
- Die interprofessionelle Anamnese inkl. Assessmenttool ist im Klinikinformationssystem implementiert
- Pflegeanamnese und Basis-Assessmenttool sind im Klinikinformationssystem implementiert
- Focus- Assessment für Menschen mit Demenz ist im Klinikinformationssystem implementiert
- Pflegesprechstunde ist eingeführt und mit der Anästhesiesprechstunde gekoppelt

### Projektzweck:

Der präoperative Prozess im Spital ist so gestaltet:

- dass die Patienten nur kurze Wartezeiten bei den geplanten Sprechstunden Terminen erleben.
- alle Informationen zeitnah den Beteiligten im Klinikinformationssystem zur Verfügung stehen
- die neue Pflegesprechstunde den Eintritt, den Aufenthalt und den Austritt der Patienten positiv beeinflusst

### Abschluss der Teilprojekte 3 und 4:

Die interprofessionelle Anamnese, das Assessmenttool und die Pflegesprechstunde wurden 2018 mit allen Elementen eingeführt.

Das Gesamtprojekt konnte im 2018 erfolgreich abgeschlossen werden.

### Evaluation:

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet. Einzelne Teilprojekte wurden evaluiert. Die Gesamtevaluation ist noch nicht abgeschlossen.



### 18.2.3 "Move"

"Move" - Start: Januar 2018, Ende: Dezember 2018

Move ist ein Workshop zur Stärkung der gemeinsamen Wertehaltung aller Mitarbeitenden des Spitals.

Ziele dabei sind die Stärkung des individuellen Mitarbeitenden, der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie der gemeinsamen Unternehmenskultur.

Die Gruppen beschäftigten sich in den Workshops mit den folgenden vier Dimensionen:

- 1. Sicherheit: Was gibt mir Sicherheit, Struktur und Stabilität bei der Arbeit?*
- 2. Gestaltungsfreiheit: Welche Möglichkeiten habe ich, meine Arbeit selber zu gestalten und Ideen einzubringen? Wie kann ich die Freiheit nutzen?*
- 3. Verantwortung: Welche Verantwortung ergibt sich aus der Gestaltungsfreiheit? Wie verhalten sich Sicherheit und Freiheit zueinander?*
- 4. Dynamisches Umfeld: Wie hängen Sicherheit, Gestaltungsfreiheit und Verantwortung mit unserem dynamischen Umfeld zusammen?*

Ein breiter Methodenmix half beim Herangehen an schwierige aber hoch aktuellen Themen.

Die Fragestellungen und Diskussionsinhalte betrafen alle Mitarbeitenden unabhängig der Berufszugehörigkeit, was sich in unterschiedlichen Perspektiven manifestierte.

Die Workshops fanden durchgängig in interdisziplinär durchmischten Berufsgruppen statt, sämtliche Moderatorinnen und Moderatoren stellte das Spital Zollikerberg.

In 62 zweitägigen Move-Workshop konnten 828 Teilnehmende registriert werden. Die Resonanz war ausschliesslich positiv und die Kurse wurden als bereichernde Erfahrung bewertet.

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit werden für das Jahr 2019 Fortsetzungsveranstaltungen geplant.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Zertifizierung der AEMP

Die Re-Zertifizierung der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (vormals zentralen Sterilgutversorgung) ist erfolgreich absolviert worden.

Die nächste Zertifizierung ist für April 2019 geplant.

## 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 [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.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>
Kraniale 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)
<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)
Neonatologie (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 (**FKQ**), 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.spitalinfo.ch](http://www.spitalinfo.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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