



Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

23.05.2019
Matthias A. Pfammatter, Direktor

Version 1

See-Spital

www.see-spital.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

Herr
Ciril Schaad
Leiter Qualitätsmanagement
044 728 63 57
ciril.schaad@see-spital.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 Morbiditäts- 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.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
4.5 Registerübersicht	15
4.6 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	17
Befragungen	18
5 Patientenzufriedenheit	18
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	18
5.2 Eigene Befragung	20
5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär	20
5.2.2 Patientenbefragung ambulant	21
5.3 Beschwerdemanagement	22
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
Behandlungsqualität	23
9 Wiedereintritte	23
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	23
10 Operationen Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
11 Infektionen	24
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	24
12 Stürze	27
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	27
13 Wundliegen	29
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	29
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
17 Weitere Qualitätsmessungen	

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

18	Projekte im Detail	31
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	31
18.1.1	Optimierung AIR.....	31
18.1.2	End-to-end Wertstromanalyse	32
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	33
18.2.1	Tätigkeitsstrukturanalyse Room Service.....	33
18.2.2	Wertstromanalyse Ambulantes Operationszentrum (AOZ).....	34
18.2.3	Wertstromanalyse Kardiologie	35
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	36
18.3.1	Committed to Friendly Work Space	36
19	Schlusswort und Ausblick	37
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		38
Akutsomatik		38
Herausgeber		41

1 Einleitung

Das See-Spital bietet im Rahmen seines Leistungsauftrags eine qualitativ hochstehende und konkurrenzfähige medizinische Versorgung für die regionale Bevölkerung an - inklusive 24-h-Notfall- und Rettungsdienst.

Das See-Spital ist verankert in Horgen und Kilchberg, aber über die Kantonsgrenzen hinaus vernetzt. Es ist sowohl für akute Notfälle als auch für ambulante und stationäre Behandlungen eingerichtet.

In Horgen sind die Chefarzt-geführten Kliniken für Innere Medizin und Chirurgie sowie die Frauenklinik mit der Geburtshilfe angesiedelt. Diese werden unterstützt von den ebenfalls Chefarzt-geführten Abteilungen für Anästhesie und Radiologie. Als Akutspital führt Horgen eine 24-Stunde-Notfallstation und eine Intensivstation.

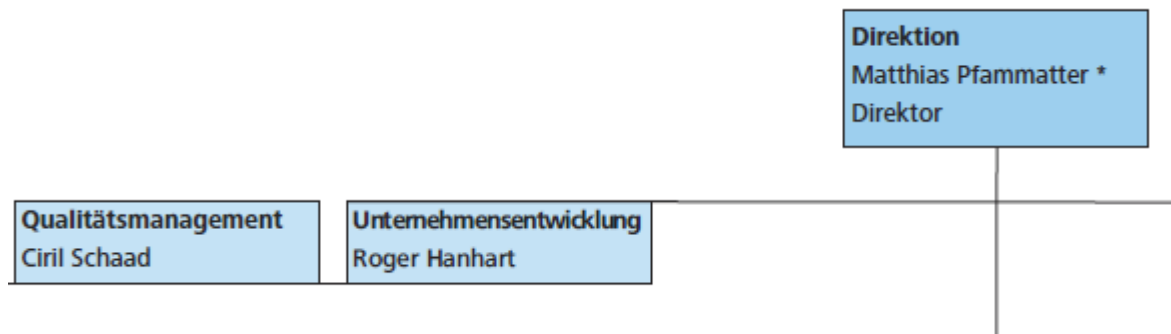
Der Standort Kilchberg wird im Belegarzt-System geführt. Belegärzte sind Ärztinnen und Ärzte, die eine eigene, vom Spital unabhängige Praxis führen und am See-Spital stationär oder ambulant behandelte Eingriffe vornehmen. Im 4. Stock des Hauptgebäudes im See-Spital Kilchberg ist ein Wohn- und Pflegeheim untergebracht.

[Medizinisches Angebot](#)

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **140** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr, Lic. phil. II Ciril Schaad
Leiter Qualitätsmanagement
044 728 63 57
ciril.schaad@see-spital.ch

Frau Mizgin Ceyhan
Assistentin Qualitätsmanagement
044 728 63 15
mizgin.ceyhan@see-spital.ch

3 Qualitätsstrategie

Es ist uns wichtig, Ihnen als Patientin oder Patient eine optimale, kompetente Behandlung und eine einfühlsame Betreuung zukommen zu lassen. Damit wir halten können, was wir versprechen, analysieren wir regelmässig unsere Leistungen. Dies kommt im Leitbild des See-Spitals zum Ausdruck.

Mission: Wozu gibt es uns?

- Wir stellen die qualitativ hochstehende und konkurrenzfähige medizinische Versorgung für die regionale Bevölkerung sicher – inklusive 24h-Notfall- und Rettungsdienst.
- Über die Grundversorgung hinaus und im Rahmen des Leistungsauftrages bieten wir ein ausgewähltes Spektrum spezialisierter und innovativer medizinischer Angebote an.
- Wir sorgen durch unser wirtschaftliches Handeln für die nachhaltige Gesundheit des Unternehmens.
- Wir engagieren uns im Kurs-, Aus-, Fort- und Weiterbildungswesen.
- Wir fördern die Vernetzung und Integration der Akteure im Gesundheitswesen in unserer Region bis hin zu Kooperationen, Beteiligungen oder der Gründung von Tochtergesellschaften.

Vision: Wohin wollen wir?

- Wir decken zusammen mit den Haus- und Fachärzten am linken Zürichseeufer die medizinische Akut- und Notfallversorgung der Bevölkerung umfassend ab.
- Wir sichern unsere Position durch innovative Angebote, durch konkurrenzfähige Fallkosten und durch eine aktive Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern innerhalb und ausserhalb unserer Region.
- Wir positionieren uns professionell im Markt und zeichnen uns darüber hinaus durch ein attraktives Angebot für Zusatzversicherte aus.
- Wir agieren proaktiv auf die Herausforderungen des Marktes und dessen Rahmenbedingungen und sichern uns eine gute Marktposition.
- Wir sind für unsere hohe medizinische (ärztliche, pflegerische und therapeutische) Fachkompetenz, unsere Schwerpunkte und unsere ethische Haltung bekannt.
- Wir arbeiten patienten- und prozessorientiert, effizient und mit hoher Servicequalität.
- Wir sind ein finanziell solides Unternehmen und nutzen unser duales Standort- und Betriebsmodell (Horgen / Kilchberg) für ein gezieltes Wachstum und die Verbesserung unserer Wirtschaftlichkeit.
- Wir sind für Mitarbeitende ein attraktiver und in der Region gut verankerter Arbeitgeber und Ausbilder und sichern uns so die Verfügbarkeit von hochqualifiziertem Personal.
- Wir leben eine kunden- und teamorientierte, unternehmerisch- flexible und verbindliche Arbeits- und Führungskultur.

Werte: Wofür verpflichten wir uns?

- Folgende Werte sind für uns von zentraler Bedeutung, um das Vertrauenskapital auszubauen und den Geschäftserfolg in Zukunft sicherzustellen:
- Wir orientieren uns am Patienten, denken und handeln ethisch.
- Alle unter unserem Namen erbrachten Dienstleistungen sind von hoher medizinischer Fachkompetenz und Qualität.
- Wir handeln wirtschaftlich und setzen unsere Ressourcen nachhaltig ein.
- Wir arbeiten interdisziplinär und haben ein hohes Verantwortungsbewusstsein für das gesamte Unternehmen.
- Wir denken und handeln unternehmerisch flexibel und zeigen Innovationsbereitschaft.
- Mit externen Partnern gehen wir Kooperationen ein.
- Fairness, Wertschätzung und Förderung der Mitarbeitenden ist uns wichtig.
- Wir handeln verbindlich und zuverlässig nach innen und aussen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

- Prozessmanagement ausbauen.
- Weiterentwicklung hin zu einem „Lean Management Hospital“.
- Kontinuierliche Messung der internen Patientenzufriedenheit und Umsetzung geeigneter Verbesserungsmaßnahmen.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

- Lean Management Programm durchgeführt.
- Interne Patientenzufriedenheit im stationären und ambulanten Bereich kontinuierlich gemessen, ausgewertet und Massnahmen eingeleitet.
- Beratungen und Schulungen im Bereich QM und Lean,-Prozessmanagement durchgeführt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Entwicklung des See-Spitals hin zu einem „Lean Management Hospital“.
- Ausbau der Prozesslandkarte und Modellierung ausgewählter Management-, Kern- und Supportprozesse.
- Förderung des Reifegrades der Prozesse, Einführung von Prozessverantwortlichen und Prozessleitenden für sämtliche Prozesse.
- Betreuung und Vereinfachung des Dokumentenmanagements.
- Fördern des internen Ideenmanagements via Meldeportal und Kaizenboards.
- Durchführen der Messungen gemäss Messplan, Analyse der Auswertung und Einleiten von Verbesserungsmaßnahmen.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:		
	See-Spital, Standort Horgen	See-Spital, Standort Kilchberg
<i>Akutsomatik</i>		
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	√	√
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	√	√
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	√	√
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz	√	√
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	√	√

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:		
	See-Spital, Standort Horgen	See-Spital, Standort Kilchberg
<i>Patientenzufriedenheit</i>		
▪ Interne Patientenbefragung stationär	√	√
▪ Patientenbefragung ambulant		√

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Tätigkeitsanalyse Room Service

Ziel	Messung und Auswertung der Tätigkeitsstrukturanalyse
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	See-Spital
Standorte	See-Spital, Standort Horgen, See-Spital, Standort Kilchberg
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Januar bis März 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Lean Methoden einsetzen
Methodik	Tätigkeitsstrukturanalyse, Lean Management
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende Room Service und Dienste
Evaluation Aktivität / Projekt	Nachhaltigkeitsprüfung folgt Q1 2019

Wertstromanalyse Ambulantes Operationszentrum (AOZ)

Ziel	Der bestehende ambulante Prozess in Kilchberg ist auf Stärken und Schwächen untersucht
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	See-Spital, Kilchberg
Standorte	See-Spital, Standort Kilchberg
Projekte: Laufzeit (von...bis)	März bis Mai 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Lean Methoden einsetzen
Methodik	Wertstromanalyse, Lean Management
Involvierte Berufsgruppen	Verschiedene interdisziplinäre Teams
Evaluation Aktivität / Projekt	Mit einer neu konzipierten Umfrage der Patientenzufriedenheit für den ambulanten Bereich wird die Wirkungsmessung durchgeführt.

Wertstromanalyse Kardiologie

Ziel	Der bestehende Kardiologieprozess ist aufgenommen und analysiert. Der Soll-Prozess wird entwickelt und dokumentiert
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Kardiologie
Standorte	See-Spital, Standort Horgen
Projekte: Laufzeit (von...bis)	August bis Oktober 2018
Begründung	Lean Methoden einsetzen, ein Projekt innerhalb des Roll-outs Lean Hospital Management
Methodik	Wertstromanalyse, Lean Management
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionelles Kardiologieteam
Evaluation Aktivität / Projekt	Als Messgrößen dienen: Überzeiten, Anzahl Patientenuntersuchungen, Mitarbeiterzufriedenheit

Personaldienst

Ziel	Ausbau des Prozess- und Qualitäts-Management-System und Zertifizierung nach ISO 9001:2015
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	See-Spital
Standorte	See-Spital, Standort Horgen, See-Spital, Standort Kilchberg
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Zertifizierung nach ISO 9001:2015
Methodik	ISO 9001:2015
Involvierte Berufsgruppen	Personaldienst
Evaluation Aktivität / Projekt	Durchführung der Korrekturmaßnahmen zur Bereinigung der Nebenabweichungen bis zum Aufrechterhaltungsaudit im Dezember 2018.

Optimierung AIR

Ziel	Die Effektivität und Effizienz in der anästhesiologischen Leistungserbringung ist erhöht bei mindestens gleichbleibender Mitarbeitenden- und Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Anästhesiologie und Intensivmedizin
Standorte	See-Spital, Standort Horgen, See-Spital, Standort Kilchberg
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Mai 2018 bis Dezember 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Lean Methoden einsetzen, ein Projekt innerhalb des Roll-outs Lean Hospital Management
Methodik	Tätigkeitsstrukturanalyse, Lean Management
Involvierte Berufsgruppen	Anästhesiologie und Intensivmedizin
Evaluation Aktivität / Projekt	Zeitersparnisse werden identifiziert und Optimierungsmassnahmen definiert, was eine höhere Effizienz und Effektivität bei der Leistungserbringung zur Folge hat.

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 2004 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.

4.5 Registerübersicht

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	Standorte
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2009	See-Spital, Standort Horgen
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2011	Alle
IDES Register Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenks-prothesen	Orthopädische Chirurgie	MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie www.memcenter.unibe.ch	2011	Alle
Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	2011	Alle
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2011	See-Spital, Standort Horgen
SIBDCS SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	Universität Zürich http://ibdcohort.ch/	2011	See-Spital, Standort Horgen
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012	Alle
KR Zürich/Zug Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	www.krebsregister.usz.ch	2011	See-Spital, Standort Horgen

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	Standorte	Kommentare
HQuality	Zusatzversicherte	2008	2013	Alle	
Rettungsdienst IVR	Rettungsdienst	2006	2017	See-Spital, Standort Horgen	
ISO 9001:2015	Personal	2017	2017	Alle	
Committed to Friendly Work Space	See-Spital	2018	2018	Alle	

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%)
See-Spital, Standort Horgen			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?		3.98	4.15 (4.06 - 4.25)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?		4.46	4.47 (4.37 - 4.57)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?		4.54	4.53 (4.44 - 4.62)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?		4.34	4.51 (4.39 - 4.64)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?		3.89	3.98 (3.87 - 4.10)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?		90.90	89.50 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017			532
Anzahl eingetreffener Fragebogen	248	Rücklauf in Prozent	47 %
See-Spital, Standort Kilchberg			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?		4.26	4.21 (4.09 - 4.33)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?		4.66	4.69 (4.56 - 4.82)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?		4.63	4.67 (4.55 - 4.79)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?		4.59	4.65 (4.49 - 4.81)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?		4.00	4.20 (4.05 - 4.35)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?		88.10	93.00 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017			254
Anzahl eingetreffener Fragebogen	142	Rücklauf in Prozent	56 %

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/.

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 (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär

Der interne Patientenbefragung stationär umfasst dieselben Fragen wie die Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik. Zusätzliche Auswertungen sind auf der Website des See-Spitals publiziert: [Patientenzufriedenheit](#)

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 an allen Standorten durchgeführt. In allen stationären Bereichen des See-Spitals an den Standorten Horgen und Kilchberg. Eingeschlossen sind sämtliche stationären Patienten des See-Spitals, welche den Umfragebogen ausgefüllt und abgegeben haben.

Im See-Spital wird rund ums Jahr die Patientenzufriedenheit mit einem Umfragebogen erhoben. Dieser umfasst 19 Fragen, welche auch die Fragen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) beinhalten.

Die interne Patientenbefragung 2018 zeigt ein positives Bild: Werden die positiven Attribute (ausgezeichnet, sehr gut und gut) zusammengezählt und der Durchschnitt über sämtliche Fragen ermittelt, ergibt sich ein Wert von 98 Prozent.

Die Fragen konnten mit einer fünfstufigen Skala von „ausgezeichnet“ bis „schlecht“ bewertet werden. Eine Ausnahme bildete die Frage 18: "Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthaltes?" Hier konnten die Patienten wählen zwischen "zu lang", "genau richtig" und "zu kurz". 95 Prozent der Patienten stufte die Dauer ihres Spitalaufenthalts als genau richtig ein. Besonders zufrieden waren die Patienten mit der Möglichkeit zur Fragenstellung, am wenigsten zufrieden mit der Qualität der Verpflegung.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.2.2 Patientenbefragung ambulant

Ziele der Befragung sind die Überprüfung der Patientenzufriedenheit und Aufnehmen von Aussagen zur Behandlungsqualität, sowie das Ableiten von ökonomisch strukturierten Prozesse für ambulante Behandlungen. Zielgruppe sind Patienten, welche gemäss kantonaler Indikationsliste ambulant vor stationär behandelt wurden.

An der Befragung beteiligte Spitäler sind neben dem See-Spital das Spital Limmattal und Bülach.

Befragungsperiode und Umfang: Von Mai bis August 2018 wurde den Patienten zwei Wochen nach Austritt ein Fragebogen nach Hause gesendet. Es sind insgesamt 216 auswertbare Fragebögen beim Qualitätsmanagement eingegangen. Die Rücklaufquote beträgt 45.3 Prozent. (See-Spital). Die Antworten erfolgten mit einer Bewertungsskala analog den Schulnoten: Von sehr schlecht (1) bis sehr gut (6), oder durch Beantwortung mit ja und nein.

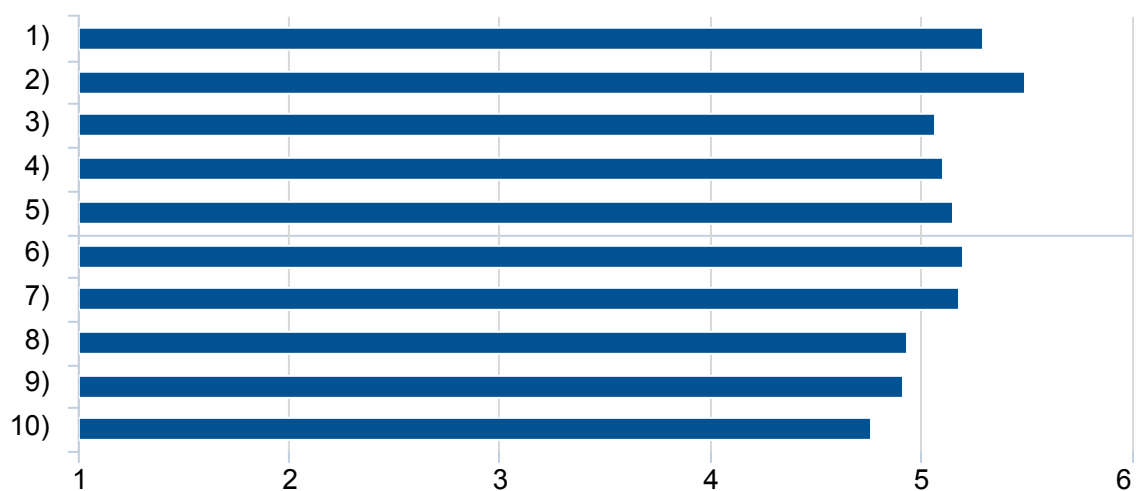
Diese Patientenbefragung haben wir vom Mai bis August am Standort „See-Spital, Standort Kilchberg“ durchgeführt.

Den ambulanten Patienten wurde zwei Wochen nach Austritt ein Fragebogen nach Hause gesendet. Die Befragung richtet sich an Patienten, welche gemäss kantonaler Indikationsliste ambulant vor stationär behandelt wurden.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Wie beurteilen Sie die Aufklärung und Information vor der Operation?
- 2) Wie erlebten Sie die Pflege und Betreuung vor und nach der Operation im Spital?
- 3) Wie beurteilen Sie die Beratung und Anleitung zur Wundbehandlung?
- 4) Wie beurteilen Sie die Verpflegung während Ihres Aufenthaltes?
- 5) Wie gut wurden Sie über das Verhalten nach der Operation informiert?
- 6) Wie beurteilen Sie Ihr Wohlbefinden?
- 7) Wie beurteilen Sie Ihre psychische Situation? (z.B. Angstgefühle, Unsicherheit etc.)
- 8) Wie gut konnten Sie Ihren Alltag bewältigen?
- 9) Wie erging es Ihnen mit den Schmerzmitteln zu Hause?
- 10) Wie gut sind Sie mit weiteren Medikamenten versorgt worden?



1 = sehr schlecht / 6 = sehr gut

■ See-Spital

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
See-Spital	5.30	5.50	5.07	5.11	5.15

Messergebnisse in Zahlen							
	Mittelwerte pro Fragen					Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)	9)	10)		
See-Spital	5.20	5.18	4.94	4.92	4.76	216	45.00 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Um den Bedürfnissen der Patienten stärker nachzukommen, werden die folgenden Handlungsempfehlungen ausgesprochen.

Während der Behandlung:

- Beratung und Anleitung zur Wundbehandlung stärker ausbauen

In den ersten 24 Stunden nach dem Austritt:

- Über das Verhalten nach der Operation besser informieren
- Die Versorgung mit den richtigen Schmerzmitteln und weiteren Medikamenten sicherstellen

Zudem wurde eine kontinuierliche Befragung der ambulanten Patienten im Ambulanten Operationszentrum eingeführt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

See-Spital

Rückmeldemanagement

Mizgin Ceyhan

Qualitätsmanagerin

044 728 6315

mizgin.ceyhan@see-spital.ch

Dienstag, Mittwoch und Freitag zu

Bürozeiten.

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 und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2014	2015	2016	2017
See-Spital				
Verhältnis der Raten*	0.75	0.8	0.79	0.75
Anzahl auswertbare Austritte:				7686

* 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/.

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 und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	See-Spital, Standort Horgen	See-Spital, Standort Kilchberg
▪ Gallenblasen-Entfernungen	√	√
▪ Blinddarm-Entfernungen	√	
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	√	
▪ Hernienoperationen	√	√
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)	√	
▪ Kaiserschnitt (Sectio)	√	
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	√	√

Messergebnisse

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
			2015	2016	2017	
See-Spital, Standort Horgen						
Gallenblasen-Entfernungen	83	2	0.00%	0.90%	0.00%	3.40% (-0.50% - 7.30%)
Blinddarm-Entfernungen	0	0	1.50%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	8	0	4.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Hernienoperationen	123	0	-	0.90%	1.60%	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	32	2	0.20%	0.00%	8.20%	7.50% (-1.60% - 16.60%)
Kaiserschnitt (Sectio)	122	1	0.00%	0.80%	0.50%	0.70% (-0.80% - 2.20%)
See-Spital, Standort Kilchberg						
Gallenblasen-Entfernungen	18	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Hernienoperationen	116	1	-	0.70%	0.00%	1.30% (0.80% - 3.30%)

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

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
See-Spital, Standort Horgen						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	25	1	0.00%	0.00%	3.80%	2.40% (-3.60% - 8.40%)
See-Spital, Standort Kilchberg						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	258	1	0.60%	0.00%	0.70%	0.40% (-0.40% - 1.10%)

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

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

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		Swissnoso

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

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
See-Spital				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	3	2	6	1
In Prozent	2.05%	1.44%	4.40%	1.50%
Residuum* (CI** = 95%)				0.05 (-0.33 - 0.43)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	136	Anteil in Prozent (Antwortrate)		83.40%

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

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

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

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

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

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

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 und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
See-Spital						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	3	0	2	1	1.50%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)				-0.07 (-0.97 - 0.83)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018	136	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			83.40%	

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

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

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

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

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"> ▪ 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). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Optimierung AIR

Das Projekt wird an den Standorten „See-Spital, Standort Horgen“, „See-Spital, Standort Kilchberg“ durchgeführt.

Projektart

Die "Optimierung AIR" ist ein Projekt innerhalb des Programms Lean Hospital Management.

Projektziele

- Objektive und valide Analyse der Tätigkeiten der Anästhesisten
- Schaffung von Transparenz in Bezug auf Arbeitsabläufe und Tätigkeiten der Anästhesisten
- Identifizierung der Ursachen für Überzeit der Anästhesisten
- Identifizierung und Analyse der Kosten pro Anästhesie-Minute (Ein- bis Ausleiten)
- Identifizierung von Optimierungspotenzialen: Aufgabenverzicht, Ablaufoptimierung, Verschwendungen eliminieren, Doppelspurigkeiten reduzieren
- Erarbeitung zukünftiger Stossrichtungen

Projekttablauf / Methodik

Für die Analyse des Instituts AIR wird das Instrument der Tätigkeitsstrukturanalyse aus der Lean-Methodik angewendet. Die vorgesehenen Lieferobjekte und Arbeitspakete sind im Projektstrukturplan ersichtlich.

Involvierte Berufsgruppen

Anästhesiologie und Intensivmedizin.

Projektelevaluation / Konsequenzen

Nach Vorliegen der Resultate der Analyse erfolgt die Definition der SMART-Ziele für das Gesamtprojekt Optimierung AIR.

18.1.2 End-to-end Wertstromanalyse

Das Projekt wird an den Standorten „See-Spital, Standort Horgen“, „See-Spital, Standort Kilchberg“ durchgeführt.

Projektart

Das Lean-Programm beim See-Spital wurde lanciert, um Effizienzsteigerungen in den Kernprozessen zu realisieren. Eine end-to-end Wertstromanalyse von Eintritt bis Austritt wird zur Steigerung der Effizienz sowie der Service- / Patientenorientierung durchgeführt (klare Orientierung sämtlicher Aktivitäten und Abläufe an den Bedürfnissen der Patienten).

Um zu ermitteln welche end-to-end Wertstromanalyse durchgeführt werden soll, wurde eine Auftragsstrukturanalyse erstellt und Patientenpfade priorisiert.

Die Auftragsstrukturanalyse bezieht sich auf das Spitalärzteamfeld, deshalb wird zuerst am Standort Horgen eine end-to-end-Wertstromanalyse für den Patientenpfad «Atmungsorgane» durchgeführt. Danach ist eine end-to-end-Wertstromanalyse am Standort Kilchberg für den Patientenpfad «Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe» geplant.

Projektziele

Der bestehende stationäre Prozess «Atmungsorgane» in Horgen ist auf Stärken und Schwächen untersucht. Massnahmen zur Verbesserung des IST-Wertstroms liegen vor. Der ambulante SOLL-Wertstrom ist dokumentiert. Massnahmen sind geplant und in der Linie zur Umsetzung platziert.

Projekttablauf / Methodik

Das geplante Vorgehen gliedert sich in fünf Phasen:

1. Auslegeordnung: Sichten der vorhandenen Dokumente, Gemba-Walk beim end-to-end-Wertstrom, Interview mit Prozessbeteiligten.
2. Kick-off und Workshop zu Stärken und Schwächen des IST-Wertstroms sowie Definieren von Handlungsfeldern.
3. Design des Soll-Wertstroms und Ableiten von Massnahmen.
4. Massnahmenplan zur Verbesserung des IST-Wertstroms.
5. Messen der definierten Wirkungsgrössen.

Involvierte Berufsgruppen

Pflegedienst, Disposition, Innere Medizin.

Projektelevaluation / Konsequenzen

Mit der internen Patientenumfrage für den stationären Bereich und den DRG-Kosten wird die Wirkungsmessung durchgeführt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Tätigkeitsstrukturanalyse Room Service

Das Projekt wurde an den Standorten „See-Spital, Standort Horgen“, „See-Spital, Standort Kilchberg“ durchgeführt.

Projektart

Die "Tätigkeitsstrukturanalyse Room Service" ist ein Projekt innerhalb des Programms Lean Hospital Management.

Projektziele

- Aufzeigen von Optimierungspotenzialen wie z.Bsp : Aufgabenverzicht, Ablaufoptimierung, Verschwendungen eliminieren, Schlanke Organisation, Flexible Planung (Saisonale Schwankungen und Standort-übergreifende Planung)
- Erarbeiten und Überprüfen des Leistungskataloges Room Service um zukünftige Personalplanungen zu vereinfachen und flexibler zu gestalten
- Übernahme pflegerischer Aufgaben durch den ROS an beiden Standorten
- Erarbeitung zukünftiger Stossrichtungen

Projekttablauf / Methodik

Tätigkeiten am Patient sind höher zu priorisieren als interne Dienstleistungen/Tätigkeiten.

1. Interviews mit Mitarbeitern und Leiter Room Service um Stoßrichtungen und Hypothesen zu finden
2. Entwicklung hypothesengetriebener Messbögen und Analysetool
3. Beobachtungsphase bis
4. Auswertung und Besprechung der Daten im Workshop I
5. Maßnahmen Findung und Gestaltung Im Workshop II evt. Planung zusätzlicher Workshops mit Schnittstellen
6. Präsentation Ergebnisse Lenkungsausschuss bis Mitte November 2017
7. Planung der Umsetzung von Maßnahmen und Implementierung von Kontrollmechanismen im Workshop III
8. Umsetzung einzelner Maßnahmen gemäß Maßnahmenzeitplan aus Workshop III
9. Auswertung ggf. Anpassung
10. Präsentation Ergebnisse GL

Für die Analyse des Roomservices wird das Instrument der Tätigkeitsstrukturanalyse aus der Lean-Methodik angewendet.

Involvierte Berufsgruppen

Diese Tätigkeitsstrukturanalyse beschränkt sich auf den Room Service Horgen und Kilchberg.

Projektelevaluation / Konsequenzen

Durch diese Analyse und die anschliessenden Workshops soll die Ressourcen-Frage durch die Übernahme der Aufgaben aus der Tätigkeitsstrukturanalyse Pflege auf ein Minimum reduziert werden.

18.2.2 Wertstromanalyse Ambulantes Operationszentrum (AOZ)

Das Projekt wurde am Standort See-Spital, Standort Kilchberg durchgeführt.

Projektart

Die "Wertstromanalyse Ambulantes Operationszentrum" ist ein Projekt innerhalb des Programms Lean Hospital Management.

Projektziele

Der bestehende ambulante Prozess in Kilchberg ist auf Stärken und Schwächen untersucht. Massnahmen zur Verbesserung des IST-Wertstroms liegen vor. Die Patientenzufriedenheit wird erhoben. Die Leistungserbringungskosten betragen maximal CHF 1.00 pro Tarmed Taxpunkt. Der ambulante SOLL-Wertstrom ist dokumentiert. Massnahmen sind geplant und bei der Linie zur Umsetzung platziert.

Projekttablauf / Methodik

Das geplante Vorgehen gliedert sich in fünf Phasen:

1. Auslegeordnung: Sichten der vorhandenen Dokumente, Gemba-Walk bei ambulanten Wertstrom, Interview mit Prozessbeteiligten.
2. Kick-off und Workshop zu Stärken und Schwächen des ambulanten IST-Wertstroms sowie Definieren von Handlungsfeldern.
3. Design des Soll-Wertstroms und Ableiten von Massnahmen.
4. Massnahmenplan zur Verbesserung des IST-Wertstroms.
5. Messen der ambulanten Patientenzufriedenheit.

Involvierte Berufsgruppen

OPS- & Bettendisposition, Medizinische Verantwortung Ambulantes Operationszentrum, Anästhesiologie, IMC/TK/WAR, Pflegedienst, Chirurgische Klinik.

Projektelevaluation / Konsequenzen

Der Nutzen liegt in der Analyse des bestehenden ambulanten Wertstroms und den eingebrachten Verbesserungsvorschlägen für den optimierten ambulanten Soll-Wertstrom. Zusätzlich wird neu die ambulante Patientenzufriedenheit erhoben.

18.2.3 Wertstromanalyse Kardiologie

Das Projekt wurde am Standort See-Spital, Standort Horgen durchgeführt.

Projektart

Die "Wertstromanalyse Kardiologie" ist ein Projekt innerhalb des Programms Lean Hospital Management.

Projektziele

- Der bestehende Kardiologieprozess ist aufgenommen und analysiert
- Massnahmen zur Verbesserung des IST-Wertstroms liegen vor
- Der Soll-Prozess wird entwickelt und dokumentiert
- Kardiologie soll weiter ausgebaut werden
- Als Messgrössen dienen: Überzeiten, Anzahl Patientenuntersuchungen, Mitarbeiterzufriedenheit

Projekttablauf / Methodik

Das geplante Vorgehen gliedert sich in vier Phasen:

1. Auslegeordnung: Sichten der vorhandenen Dokumente, Gemba-Walk bei ambulanten Wertstrom, Interview mit Prozessbeteiligten.
2. Kick-off und Workshop zu Stärken und Schwächen des ambulanten IST-Wertstroms sowie Definieren von Handlungsfeldern.
3. Design des Soll-Wertstroms und Ableiten von Massnahmen.
4. Massnahmenplan zur Verbesserung des IST-Wertstroms.

Involvierte Berufsgruppen

Interprofessionelles Kardiologieteam.

Projektelevaluation / Konsequenzen

Umsetzung des Massnahmenplans zur Verbesserung des IST-Wertstroms.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Committed to Friendly Work Space

Die Zertifizierung wird an den Standorten „See-Spital, Standort Horgen“, „See-Spital, Standort Kilchberg“ durchgeführt.

Projektart

Zertifizierungsprojekt

Projektziele

- Das Label Friendly Work Space ist bis Dezember 2019 erreicht.
- Das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist systematisiert und in der Organisation verankert bis Dezember 2019.

Projektlauf / Methodik

Das Projekt gliedert sich in folgende Phasen: Analysephase, Massnahmenplanung, Massnahmenumsetzung, Evaluation Wirksamkeit der Massnahmen Assessment Friendly Work Space.

Involvierte Berufsgruppen

Projektteam bestehend aus Mitarbeitern der Bereichen: Unternehmensentwicklung, Personaldienst, Betriebliches Gesundheitsmanagement und Hotellerie.

Projektelevaluation / Konsequenzen Aus dem Ergebnisbericht des Label-Assessments wird ein umfangreicher Massnahmenkatalog abgeleitet.

19 Schlusswort und Ausblick

Um unser Hauptziel, das Bestehen des See-Spitals mittel- und langfristig zu sichern, nutzen wir den kontinuierlichen Verbesserungs-Prozess und die Lean Management Methodik im ganzen Unternehmen.

Wir arbeiten daran unsere Betriebsabläufe laufend zu verbessern und an neue Herausforderungen anzupassen.

Durch die beiden Standorte des See-Spitals in Horgen und Kilchberg ist das geeignete Zusammenspiel zwischen Standardisierung und individuellen Lösungen je Standort ausschlaggebend. Stetige Prozessverbesserungen sind für uns ein Schlüsselfaktor.

Unsere Patienten und Besucher sollen von qualitativ hervorragenden Dienstleistungen profitieren und das See-Spital als verlässlichen Partner wahrnehmen. Eine hohe Kundenorientierung liegt uns am Herzen.

Bei allen unseren Handlungen halten wir uns an die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Messergebnisse helfen uns die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit unserer Massnahmen zu evaluieren.

Die Wirtschaftlichkeit wird durch die finanziellen Kennzahlen erhoben.

Die Institutionalisierung des kontinuierlichen Verbesserungs-Prozesses und der Lean Management Methode bildet im See-Spital einen wichtigen Schwerpunkt.

Im Jahr 2019 ist die Festigung des „Lean Hospital Management“ geplant, um die Wertschöpfung zu steigern und Verschwendungen zu vermeiden. Die Ideen und Ressourcen aller Mitarbeitenden im Sinne eines Innovationsmanagements sollen bei der Unternehmensentwicklung durch geeignete Massnahmen stärker miteinbezogen werden.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen	See-Spital, Standort Horgen	See-Spital, Standort Kilchberg
Basispaket		
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	√	√
Haut (Dermatologie)		
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	√	√
Wundpatienten	√	√
Hals-Nasen-Ohren		
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	√	√
Hals- und Gesichtschirurgie	√	√
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	√	√
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)	√	√
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	√	√
Kieferchirurgie	√	√
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)		
Kraniale Neurochirurgie	√	√
Nerven medizinisch (Neurologie)		
Neurologie	√	√
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems	√	√
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)	√	√
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)	√	√
Augen (Ophthalmologie)		
Ophthalmologie	√	√
Hormone (Endokrinologie)		
Endokrinologie	√	√
Magen-Darm (Gastroenterologie)		
Gastroenterologie	√	√
Spezialisierte Gastroenterologie	√	√
Bauch (Viszeralchirurgie)		
Viszeralchirurgie	√	√
Blut (Hämatologie)		

Aggressive Lymphome und akute Leukämien	√	√
Indolente Lymphome und chronische Leukämien	√	√
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	√	√
Gefäße		
Gefäßchirurgie periphere Gefäße (arteriell)	√	√
Interventionen periphere Gefäße (arteriell)	√	√
Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße	√	
Interventionen intraabdominale Gefäße	√	√
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)	√	√
Herz		
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	√	√
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	√	√
Nieren (Nephrologie)		
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	√	√
Urologie		
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√	√
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√	√
Radikale Prostatektomie	√	√
Lunge medizinisch (Pneumologie)		
Pneumologie	√	√
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	√	√
Bewegungsapparat chirurgisch		
Chirurgie Bewegungsapparat	√	√
Orthopädie	√	√
Handchirurgie	√	√
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	√	√
Arthroskopie des Knies	√	√
Rekonstruktion obere Extremität	√	√
Rekonstruktion untere Extremität	√	√
Wirbelsäulenchirurgie	√	√
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	√	√
Knochentumore	√	√
Plexuschirurgie	√	√
Rheumatologie		
Rheumatologie	√	√
Interdisziplinäre Rheumatologie	√	√
Gynäkologie		
Gynäkologie	√	√
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina		√
Maligne Neoplasien des Corpus uteri	√	√
Maligne Neoplasien des Ovars	√	√
Maligne Neoplasien der Mamma	√	√
Geburtshilfe		
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und >= 2000g)	√	√
Geburtshilfe (ab 32. Woche und >= 1250g)	√	√
Neugeborene		
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und >= 2000g)	√	√
Neonatologie (ab 32. Woche und >= 1250g)	√	√

Strahlentherapie (Radio-Onkologie)		
Onkologie	√	√
Schwere Verletzungen		
Unfallchirurgie (Polytrauma)	√	√

Bemerkungen

Das stationäre Angebot in der Akutsomatik wird anhand der aktuellsten verfügbaren Medizinischen Statistik und dem Leistungskatalog der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH) dargestellt. Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden, wird das betriebliche Angebot im Qualitätsbericht automatisch aus dem Portal spitalinformation.ch importiert.

Die Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik und somit der Überblick über das betriebliche Angebot kann nicht geändert werden.

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



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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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