# Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

| | | |
|---|---|---|
| Freigabe am: | 03.05.2019 | Version 1 |
| Durch: | Alice Giese, Verantwortliche Qualitätsmanagement | |

**Kantonsspital Winterthur**

**www.ksw.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
Alice Giese
Verantwortliche Qualitätsmanagement
052 266 47 64
alice.giese@ksw.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 bereichspezifischen 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 Pilotspitäler 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 ..... 8
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 ..... 10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen ..... 11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte ..... 12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen ..... 15
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren ..... 16
4.5 Registerübersicht ..... 17
4.6 Zertifizierungsübersicht ..... 19

**QUALITÄTSMESSUNGEN** ..... **20**

**Befragungen** ..... **21**

**5 Patientenzufriedenheit** ..... **21**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik ..... 21
5.2 Eigene Befragung ..... 23
5.2.1 Stationäre Patientenbefragung KSW ..... 23
5.3 Beschwerdemanagement ..... 25

**6 Angehörigenzufriedenheit** ..... **26**
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik ..... 26
6.2 Eigene Befragung ..... 27
6.2.1 interne Elternbefragung (im Rahmen der internen stationären Befragung) ..... 27

**7 Mitarbeiterzufriedenheit** ..... **28**
7.1 Eigene Befragung ..... 28
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit - alle 3 Jahre ..... 28

**8 Zuweiserzufriedenheit** ..... **30**
8.1 Eigene Befragung ..... 30
8.1.1 Zuweiserbefragung (alle 2-3 Jahre) ..... 30

**Behandlungsqualität** ..... **31**

**9 Wiedereintritte** ..... **31**
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen ..... 31

**10 Operationen** ..... **32**
10.1 Eigene Messung ..... 32
10.1.1 Anzahl pot. vermeidbarer Reoperationen ..... 32

**11 Infektionen** ..... **33**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte ..... 33

**12 Stürze** ..... **35**
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz ..... 35

**13 Wundliegen** ..... **37**
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) ..... 37

**14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen** ..... **39**

14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie ... 39
**15 Psychische Symptombelastung ... 40**
15.1 Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ... 40
**16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand ... 42**
16.1 Eigene Messung ... 42
16.1.1 Befragung ambulanter Rehabilitation ... 42
**17 Weitere Qualitätsmessung ... 43**
17.1 Weitere eigene Messung ... 43
17.1.1 Weitere spezifische Zufriedenheitsbefragungen (ambulant) ... 43
**18 Projekte im Detail ... 44**
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte ... 44
18.1.1 Q-Cockpit ... 44
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 ... 45
18.2.1 Standardisierte Patientenbefragung ... 45
18.2.2 Neustrukturierung Materiovigilanz ... 45
18.2.3 Neues CIRS-Meldecenter ... 45
18.2.4 IQM-Cockpit ... 46
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte ... 46
18.3.1 Tumorzentrum ... 46
**19 Schlusswort und Ausblick ... 47**
**Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot ... 48**
Akutsomatik ... 48
**Herausgeber ... 51**

# 1 Einleitung

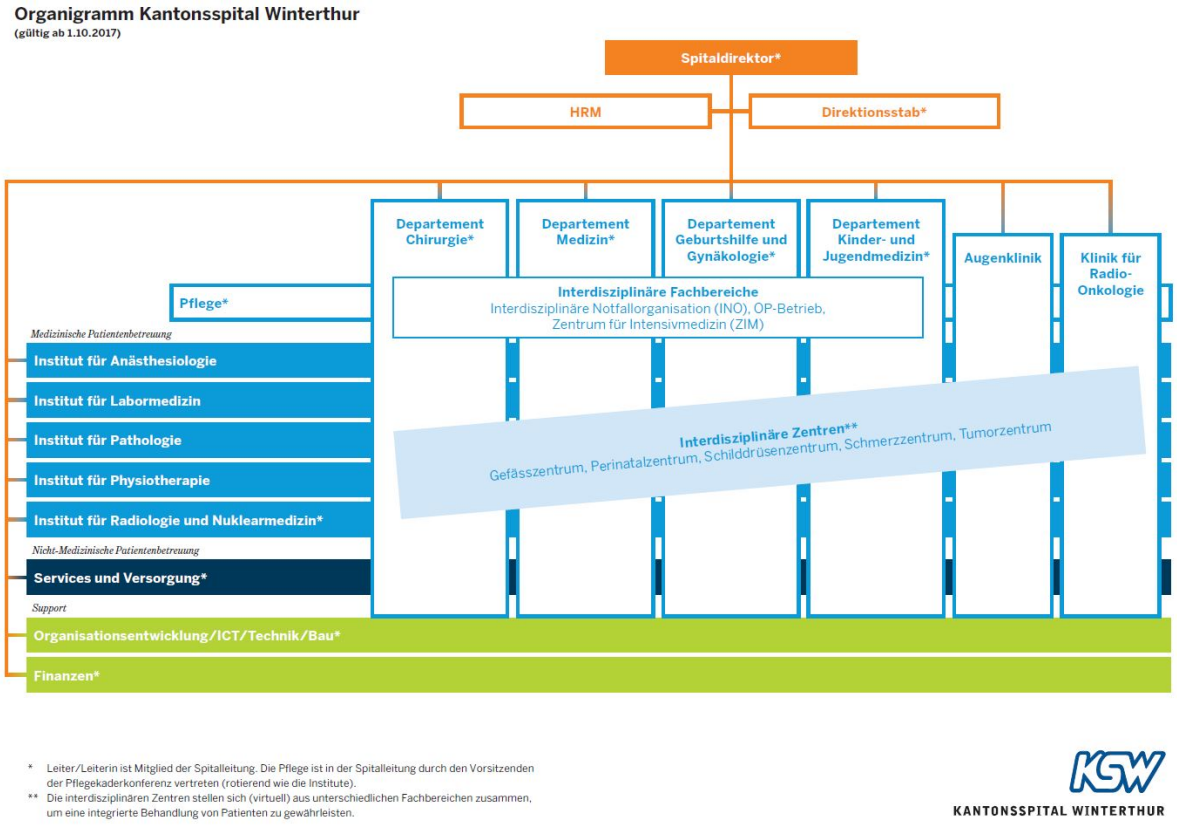
Das Kantonsspital Winterthur (KSW) gehört zu den zehn grössten Spitälern der Schweiz und befindet sich im Herzen von Winterthur.
Wir behandeln jährlich über 250'000 Patientinnen und Patienten – 28‘000 davon stationär. Mit 3'500 Mitarbeitenden und 500 Betten stellt das KSW in der Region Winterthur die medizinische Grundversorgung sicher und erbringt zusätzlich Leistungen der spezialisierten Versorgung für die umliegenden Spitäler. Darüber hinaus erfüllt das KSW einen wichtigen und umfassenden Ausbildungsauftrag.

Unsere Fachleute sorgen mit medizinischer, therapeutischer und menschlicher Kompetenz dafür, dass sich die Patienten bei uns wohlfühlen und ihnen der Aufenthalt in guter Erinnerung bleibt. Das KSW ist punkto Qualität und Wirtschaftlichkeit führend und bietet den Patienten umfassende Medizin in einer gut ausgebauten Infrastruktur.
Die «gesunde Grösse» des Kantonsspitals Winterthur hat klare Vorteile: Einerseits bieten wir eine umfassende Medizin mit einem hohe Grad an Spezialisierung. Anderseits sind die Wege unter den Fachleuten dennoch kurz, man kennt sich, das Spital wird als übersichtlich und persönlich erlebt. Beides zusammen erlaubt uns, kompetent und doch individuell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte einzugehen.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

# 2 Organisation des Qualitätsmanagements

## 2.1 Organigramm




Das Qualitätsmanagement am KSW ist in Personalunion dem Bereich Organisationentwicklung angegliedert. Dieser wiederum ist als Bestandteil des Zusammenschlusses von OE, IT, Technik und Bau direkt in der Spitalleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

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

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Alice, Giese
Verantwortliche Qualitätsmanagement
052 266 47 64
alice.giese@ksw.ch

# 3 Qualitätsstrategie

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

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

**Ziele des Qualitätsmanagements**

Mit dem Qualitätsmanagement werden vor allem zwei Ziele verfolgt: Die Verbesserung der Patientenversorgung sowie eine effiziente und effektive Leistungserbringung. Oft wissen dieMitarbeiter eines Spitals über die Qualität der eigenen Leistungen nicht Bescheid, weil sie darüberkeine Rückmeldung erhalten. Mit Hilfe des Qualitätsmanagement sollen sie Informationen über die Qualität der erbrachten Leistungen erhalten.
Ist die Qualität ungenügend, müssen die Ursachengesucht werden und anschliessend sind Verbesserungsmassnahmen in die Wege zu leiten sowiederen Wirksamkeit/Zweckmassigkeit zu überprüfen. All dies soll zu einer Verbesserung derPatientenversorgung führen. Letztendlich führt eine Verbesserung der qualitativen Versorgung auchzu Kosteneinsparungen.

Ein Zusammenspiel medizinischer, pflegerischer, aber auch infrastrukturellerMassnahmen (Ausbau des Informationswesens, höherer Hotelkomfort, bessere Planung und Organisation,) und interdisziplinares Zusammenspiel ist erforderlich, um eine effiziente und effektive Versorgung der Patienten zu gewährleisten (H+ Die Spitaler der Schweiz, 1999: 47).

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

## 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

**Med. Qualitätsindikatoren**
Marktbetrachtung anhand aktueller Daten / Verbesserungspotentiale anhand Analysen / Messbare Kennzahlen

**Qualitätskennzahlen**
Relevante Qualitätskennzahlen (Führungskennzahlen) definiert / Reportingstruktur festgelegt

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

- Kontinuierliche Patientenbefragung ist breit implementiert und als fixer Bestandteil im Betrieb integriert.
- Medizinische Qualitätskennzahlen sind fixer Bestandteil und es wird im Betrieb damit gearbeitet (Verbesserungsprozess)
- Re-/Zertifizierung Tumorzentrum
- Mitarbeiterzufriedenheit messen
- Kennzahlenset für Spitalleitung erarbeitet und abgesegnet. Reportingstruktur definiert.
- Transparente Betrachtung der Fall-/Qualitätskennzahlen im Markt mit klinischen Führungspersonen
- Neuorganisation Materiovigilanz

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Reporting der Qualitätskennzahlen automatisieren
Zielwerte definieren (Herleiten) und in das Reporting der Qualitätskennzahlen einfügen
Aktualisierung Meldeportal (CIRS, Vigilanzen, Komplikationen etc.)
Neuorganisation Dokumentenmanagement
Beschwerdemanagement prozessorientierter lenken
Indikationsqualität messbar machen
Outcome / Wirksamkeit messbar machen
Weitere Zertifizierungen unmterstützen (da wo sinnvoll)

# 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:** |
|---|
| *Akutsomatik* |
| ▪ 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 |
| *Psychiatrie* |
| ▪ Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| – Symptombelastung (Fremdbewertung) |
| – Symptombelastung (Selbstbewertung) |
| – Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen |

## 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

| **Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:** |
|---|
| ▪ Einhaltung Messplan VZK (Verein Zürcher Krankenhäuser) |

## 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:** |
|---|
| *Patientenzufriedenheit* |
| ▪ Stationäre Patientenbefragung KSW |
| *Angehörigenzufriedenheit* |
| ▪ interne Elternbefragung (im Rahmen der internen stationären Befragung) |
| *Mitarbeiterzufriedenheit* |
| ▪ Mitarbeiterzufriedenheit - alle 3 Jahre |

| **Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:** |
|---|
| *Operationen* |
| ▪ Anzahl pot. vermeidbarer Reoperationen |
| *Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand* |
| ▪ Befragung ambulanter Rehabilitation |
| *Weitere Qualitätsmessung* |
| ▪ Weitere spezifische Zufriedenheitsbefragungen (ambulant) |

## 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

### QM-Kennzahlencockpit

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Aktuelle und relevante Kennzahlen stehen den Verantwortlichen stufengerecht zur Verfügung |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | KSW |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | Start 2018 |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| **Begründung** | Finanz- und Performancekennzahlen greifen zu wenig weit - das KSW möchte auf allen Ebenen über die notwendigen Qualitätskennzahlen verfügen und somit ein vollständiges Bild über die Qualität erhalten. |
| **Methodik** | in Erarbeitung / Erste Finanlisierungen |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Kennzahlen und Reportingstruktur ist definiert. Grosser Teil der Daten steht nun zur Verfügung. Nächster Schritt ist die Automatisierung der Reports. |

### Stationäre Patientenzufriedenheit

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Wöchentliche Führungskennzahl abbilden, Nutzen für Beschwerdemanagement und Verbesserungsprozess. |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Gesamtes KSW |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | Seit Sommer 2017 ongoing |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| **Begründung** | Kundenzufriedenheit ist eine der relevantesten Kennzahlen für Dienstleistung |
| **Methodik** | Befragung, 46% Rücklauf, wöchentlicher Versand / Rücklauf, Daten ins BI System sowie interne Verteilung |
| **Involvierte Berufsgruppen** | alle |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Next Step: Zielgrössen definieren sowie Index herleiten. |

## IQM Analysen / Peer Review

| | |
|---|---|
| **Ziel** | halbjährliche Analyse der Q-Indikatoren anhand der Auswertungen von IQM |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Klinisch |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | seit 2018 |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| **Begründung** | objektive Qualitätskennzahlen |
| **Methodik** | Routinedaten werden analysiert. Auffälligkeiten intern besprochen. Jährlich findet ein Peer Review statt |
| **Involvierte Berufsgruppen** | Klinisch Tätige |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Läuft mittlerweile gut. Als nächstes sollen die Ergebnisse der Datenanalyse breiter unter den Ärzten vorgestellt werden. Nicht mher nur noch Führungspersonen, sondern auch auf Stufe Oberärzte. |

## Zertifizierungen

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Unterstützung bei Zertifizierungen |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Tumorzentrum, Gefässzentrum, Stoke Unit etc. |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | on going |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| **Begründung** | zentrale Unterstützung |
| **Methodik** | abhängig von Zertifizierung |
| **Involvierte Berufsgruppen** | alle |

## Ambulante Patientenbefragung

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Konzept erstellen, wie zukünftig preiswert und einfach eine Kennzahl zur Zufriedenheit der ambulanten Patienten generiert werden kann |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Ambulante Versorgung |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | seit 2018 |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| **Begründung** | fast 80% der Konsultationen sind ambulant. Und es besteht keine kontinuierliche Messung zur Zufriedenheit der Patienten. |
| **Methodik** | wird im Konzept erläutert (Optionen) |
| **Involvierte Berufsgruppen** | alle |

## Outcome Qualität messen / Wirksamkeit / Indikationsqualität

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Wirksamkeit der Versorgung messbar machen |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Ganzer Betrieb |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | seit 2018 |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| **Begründung** | Steigender Kostendruck, Erwartungshaltung der Gesellschaft, Ziel dass korrekte Indikation und guter Outcome sichtbar werden. |
| **Methodik** | Informationen sammeln |
| **Involvierte Berufsgruppen** | verschiedene |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | aktuell werden Informationen gesammelt und Möglichkeiten geprüft |

## Neue CIRS-Software

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Gesamter CIRS-Meldeprozess moderner und effizienter / wirkungsvoller / messbarer gestalten |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | alle |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | seit 2018 |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| **Begründung** | Die 10 jährige Plattform sowie der bestehende Meldeprozess benötigen eine Überarbeitung. |
| **Evaluation Aktivität / Projekt** | Ausbau Meldekreise, Neue Software, Bessere Messbarkeit von pot. Fehlerkategorien, Ursachen und Massnahmen-Arten, Transparenz erhöhen, gegenseitiges Lernen fördern etc. |

## Materiovigilanzprozess

| | |
|---|---|
| **Ziel** | Hinterfragen / Überarbeiten der bestehenden Strukturen, langfristig eine 100% Abdeckung garantieren |
| **Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft** | Einkauf, Med. Technik, Kliniker, Qualitätsmanagement (Lead) |
| **Projekte: Laufzeit** (von…bis) | seit Anfang 2018 |
| **Art der Aktivität / des Projekts** | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |
| **Begründung** | Prozess hat auch bis anhin gut funktioniert, aber Verantwortlichkeiten waren nicht immer klar definiert und nicht jeder Mitarbeiter im Betrieb kannte die Thematik. |
| **Methodik** | Projekt, Informationen an Mitarbeitende, Involvierung versch. Gefässe. Neuer Prozess, Weisung, Konzept etc. |

### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2008 ein CIRS eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

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

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

**Bemerkungen**
Auch im Jahr 2018 zeigt es sich als wichtigster Bestandteil des klinischen Risikomanagements. So wurden im vergangenen Jahr 772 CIRS-Meldungen erfasst. Das sind rund 30% mehr als im Vorjahr. Dieser Anstieg der Anzahl Meldungen hat verschiedene Hintergründe. Einerseits wurden die Neuen Mitarbeitenden intensiver dazu geschult, andererseits halfen auch Meldekreisinterne- sowie Mediale-Informationen. Es kann auch davon ausgegangen werden, dass die Wirksamkeit des Systems verbessert wurde und dies wiederum die Motivation der Mitarbeitenden Meldungen abzugeben erhöht hat.

Das CIRS ist zu einem etablierten System geworden. Jedoch ist es weiterhin wichtig, dass dies Themen in der Spitalleitung verankert bleiben und sich die Departements- und Institutsdirektoren ihrer Verantwortung bewusst sind. Die Anpassungen Anfang 2019 verhelfen dem System zu mehr Einfachheit, Auswertbarkeit und somit konkreteren Verbesserungspotentialen.

### 4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2017 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.ksw.ch/ueber-ksw/qualitaetsmanagement/qualitaetsmanagement-iqm-ergebnisse/ abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechneten 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**

**Initiative Qualitätsmedizin (IQM)**

Peer ReviewIm Berichtsjahr 2018 wurde am KSW das zweite Peer Review durch IQM (Initiative Qualitätsmedizin) durchgeführt. Mit der Teilnahme bei IQM befolgt das KSW die Empfehlung des Bundes und ist seit 2016 eines von über 400 Mitgliedsspitälern. Zum diesjährigen Thema Herzinsuffizienz durften die Fachexperten vom KSW vier Chefärzte und drei Pflegeexperten zur gemeinsamen "Fallanalyse auf Augenhöhe" begrüssen.Die ständige Verbesserung von Behandlungsprozessen und –ergebnissen führt zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit.

Qualitätsmessung auf Basis von RoutinedatenMittels Qualitätsindikatoren lassen sich aus den DRG-Daten vom KSW Aussagen zur medizinischen Ergebnis- und Behandlungsqualität ableiten. Im Berichtsjahr 2018 wurde erneut eine zeitnahe Datenanalyse mit den jeweiligen Verantwortlichen von 48 Krankheitsbildern durchgeführt und gemeinsam (wo möglich) Verbesserungspotentiale identifiziert. Durch eine neue Aufbereitungsform der Daten konnten Verbesserungspotentiale deutlich aufgezeigt werden und vor allem auch die überdurchschnittlich hohe Fachkompetenz und Versorgung am Kantonsspital Winterthur.

## 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** |
| **A-QUA**<br>MONITORING DER ANÄSTHESIEQUALITÄT IN DER SCHWEIZ | Anästhesie | SGAR Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation<br>sgar-ssar.ch/a-qua/ | Neu: A-QUA |
| **AMIS Plus**<br>Acute Myocardial Infarction in Switzerland | Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin | AMIS Plus Data Center<br>www.amis-plus.ch | - |
| **AQC**<br>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<br>www.aqc.ch | - |
| **ASF**<br>Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken | Gynäkologie und Geburtshilfe | SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe<br>www.sevisa.ch | - |
| **Dialyseregister**<br>Schweizer Dialyseregister | Nephrologie | Schweizer Gesellschaft für Nephrologie<br>www.sgn-ssn.ch | 2013 |
| **Infreporting**<br>Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten | Infektiologie, Epidemiologie | Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme<br>www.bag.admin.ch/infreporting | 2012 |
| **MDSi**<br>Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI | Intensivmedizin | SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin<br>www.sgi-ssmi.ch | 2007 |
| **Med. Stat.**<br>Medizinische Statistik der Krankenhäuser | Alle Fachbereiche | Bundesamt für Statistik<br>www.bfs.admin.ch | verpflichtend |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **MIBB**<br>Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien | Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie | MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie<br>www.mibb.ch | ? |
| **Neonatal Registry**<br>Swiss Neonatal Network & Follow-up Group | Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie | Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie<br>www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13 | 2000 |
| **SBCDB**<br>Swiss Breast Center Database | Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie | Schweizerische Gesellschaft für Senologie<br>www.sbcdb.ch | verpflichtend |
| **SCQM**<br>SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases | Rheumatologie | SCQM Foundation<br>www.scqm.ch | - |
| **SIBDCS**<br>SWISS IBD Cohort study | Gastroenterologie | Universität Zürich<br>http://ibdcohort.ch/ | 2008 |
| **SIRIS**<br>Schweizerisches Implantatregister | Orthopädische Chirurgie | Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin<br>www.siris-implant.ch | 2006 |
| **SMOB**<br>Swiss Morbid Obesity Register | Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie | SMOB Register<br>www.smob.ch | verpflichtend |
| **SNPSR**<br>Swiss Neuropaediatric Stroke Registry | Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin | Neuropaediatrie, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern | 2000 |
| **SRRQAP**<br>Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program | Nephrologie | Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern<br>www.srrqap.ch | - |
| **STR**<br>Schweizer Traumaregister | Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin | Adjumed Services AG<br>www.adjumed.ch | ? |
| **Swiss PH Registry**<br>Swiss Pulmonary Hypertension Registry | Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie | alabus AG<br>www.sgph.ch | 2012 |
| **SWISSVASC**<br>SWISSVASC Registry | Gefässchirurgie | Arbeitsgruppe Swissvasc Registry<br>www.swissvasc.ch | seit Beginn |
| **SWR**<br>Schweizer Wachstumsregister | Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nephrologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie | Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern<br>www.ispm.ch | 2009 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **KR Zürich/Zug**<br>Krebsregister der Kantone Zürich und Zug | Alle | www.krebsregister.usz.ch | - |

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

| **Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Angewendete Norm** | **Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet** | **Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment** | **Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment** | **Kommentare** |
| QUALAB | Institut für Labormedizin | 2008 | 2018 | |
| Baby Freundliches Spital (UNICEF) | Departement Gynäkologie und Geburtshilfe | 2003 | 2017 | |
| IVR Anerkennung | Rettungsdienst | 2005 | 2018 | |
| ISO 13485 | ZSVA | 2008 | 2018 | |
| ISO 9001:2015 | Tumorzentrum | 2014 | 2018 | |
| Onko Zert | Tumorzentrum | 2014 | 2018 | |
| SFCNS Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies | Stroke Unit | 2015 | 2017 | |

# QUALITÄTSMESSUNGEN

# Befragungen

# 5 Patientenzufriedenheit

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

## 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe 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%) |
|---|---|---|
| **Kantonsspital Winterthur** | | |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)? | 4.12 | 4.15 (0.00 - 0.00) |
| Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen? | 4.55 | 4.53 (0.00 - 0.00) |
| Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen? | 4.54 | 4.56 (0.00 - 0.00) |
| Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt? | 4.43 | 4.48 (0.00 - 0.00) |
| Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts? | 3.88 | 3.89 (0.00 - 0.00) |
| Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts? | 87.80 | 84.24 % |
| Anzahl angeschriebene Patienten 2017 | | 1764 |
| Anzahl eingetroffener Fragebogen | 756 | Rücklauf in Prozent 43 % |

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/.

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

Grössere Kliniken werden durchschnittlich schlechter bewertet als kleinere Kliniken. Trotzdem gibt es nur 3 Spitäler die grösser als das KSW und zufriedener sind, was die Behandlungsqualität anbelangt.

Die ANQ-Messung ist eine Momentaufnahme im September. Die interne, laufende Messung ermöglicht dem KSW viel detailiertere Informationen für spezifische Abteilungen und Kliniken. Da wir die ANQ Fragen auch in unserer internen laufenden Befragung verwenden, können wir ganz spezifisch analysieren, welche Themenfelder in welcher Abteilung / Klinik besonders gut oder verbesserungswürdig sind.

| **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 | ▪ Im Spital verstorbene Patienten.<br>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.<br>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. |

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Stationäre Patientenbefragung KSW

Am KSW verschicken wir wöchentlich an alle ausgetretenen Patienten einen standardisierten Fragebogen.
Dieser wird pro Patient codiert nach KST Fachbereich, Station und Austrittswoche.
So können die wöchentlichen Rückläufe spezifisch ausgewertet - sowie die offenen Kommentare laufend den Abteilungen / Kliniken zur Verfügung gestellt werden.
Der Fragebogen ist mit dem Code (Begleitschreiben) auch online verfügbar (was aber leider noch erstaunlich wenig genutzt wird).

Dieses Befragungsystem wurde intern entwickelt - aufgrund interner Bedürfnisse. Somit entfällt die Möglichkeit eines Benchmarkings. Aber - durch die Aufnahme der ANQ-Fragen in den internen Fragebogen, kann jährlich ein Vergleich dieser 5 Fragen durchgeführt werden.

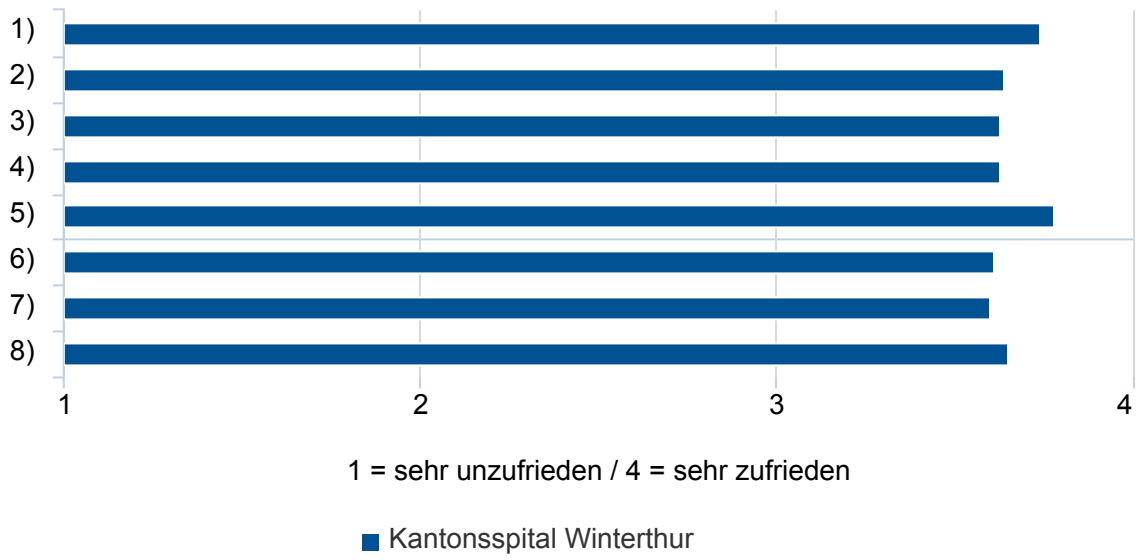
Der Rücklauf liegt mit 46% relativ hoch - und die Feedbacks der Abteilungen auf dieses Befragungssystem sind äusserst positiv.
Durch die ermöglichte Zuordnung können ganz konkret relevante Verbesserungspotentiale eruiert - sowie Stärken sichtbar gemacht werden.
Korrelationsanalysen helfen dabei, zu erkennen welche Faktoren für die Patienten tatsächlich relevant sind.

Fazit: Die interne Befragung aller stationärer Patienten ist zwar ressourcenaufwändig - doch überwiegt der Mehrwert dieser klaren, konkreten und zeitnahen Daten deutlich.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Findet für alle stationären Abteilungen statt. Im Code wird pro Fragebogen festgelegt, von welchem Fachbereich der Patient betreut wurde - sowie auf welcher Abteilung er am längsten gelegen hat.
Die Befragung wurde erst auf das zweite Halbjahr 2017 ins Leben gerufen.
Ausgeschlossen wurden lediglich: Verstorbene, Anonyme Hospitalisationen, Austritte der Palliative Station.
Eltern werden ebenfalls angeschrieben und fliessen in das Gesamtkollektiv mit ein.
Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

**Messthemen**

1) Qualität der Behandlung
2) Eintritt / Aufnahme
3) Betreuung Pflege
4) Betreuung Ärzte
5) Kontakt mit weiteren Bereichen (Physio, OP etc.)
6) Ruhezeiten, Essenszeiten, Wartezeiten etc.
7) Hotellerie (Essen, Zimmer)
8) Persönliche Betreuung




| Messergebnisse in Zahlen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | | |
| | 1) | 2) | 3) | 4) | 5) |
| Kantonsspital Winterthur | 3.74 | 3.64 | 3.63 | 3.63 | 3.78 |

| Messergebnisse in Zahlen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
| | 6) | 7) | 8) | | |
| Kantonsspital Winterthur | 3.61 | 3.60 | 3.65 | 9850 | 47.00 % |

**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

Bei den oben ausgeweisenen Messthemen handelt es sich um Zusammenfassungen. Es wurden pro Messthema 4-8 Detailfragen gestellt - welche klare Hinweise auf Stärken und Verbesserungspotnetiale ermöglichen.

Durch die interne Befragung wird deutlich: Das KSW verfügt über ein sehr zufriedenes Patientenklientel.
Die patientennahe Betreuung wird wahrgenommen und geschätzt.
Verbesserungspotentiale sind auf hohem Niveau möglich - und können dank dem Detailgrad der Befragung ganz konkret angegangen werden.

Korrelationsanalysen machen deutlich, dass "weiche Faktoren" wie die Persönliche Betreuung, die wahrgenommene Zusammenarbeit auf den Stationen sowie die Kommunikation mit Ärzten und Pflege statistisch gesehen einen viel grösseren Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit der Patienten hat - als Hotellerieaspekte wie Essen, Zimmer etc.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | |

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Kantonsspital Winterthur**
Spitaldirektion
Sekretariat
052 266 21 21
info@ksw.ch

# 6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der 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 2015 | 2016 | 2017 | Zufriedenheitswert, Mittelwert 2018 (CI* = 95%) |
|---|---|---|---|---|
| **Kantonsspital Winterthur** | | | | |
| Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen? | 8.24 | 8.73 | 8.85 | 8.66 (8.25 - 9.07) |
| Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat? | 8.39 | 8.91 | 9.00 | 8.85 (8.53 - 9.17) |
| Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten? | 8.81 | 9.16 | 9.13 | 8.56 (8.07 - 9.05) |
| Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten? | 8.80 | 9.09 | 9.00 | 8.95 (8.62 - 9.27) |
| Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt? | 9.08 | 9.58 | 9.46 | 9.39 (9.12 - 9.66) |
| Anzahl angeschriebene Eltern 2018 | | | | 173 |
| Anzahl eingetroffener Fragebogen | 60 | Rücklauf in Prozent | | 35.00 % |

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/.

| 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 | ▪ Im Spital verstorbene Patienten.<br>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.<br>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. |

## 6.2 Eigene Befragung

### 6.2.1 interne Elternbefragung (im Rahmen der internen stationären Befragung)

Analog zu den stationären Patienten erhalten die Eltern ebenfalls standardisiert einen internen Fragebogen.
Dieser ist identisch mit dem Fragebogen für die stationären Patienten - und lediglich um einige elternspezifische Fragen ergänzt.
So kann der interne Vergleich der Kinder- und Jugendmedizin mit den anderen Fachbereichen hergestellt werden.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Alle Abteilungen der Kinder- und Jugendmedizin (ausser bei sozialen Hospitalisationen)

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

# 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

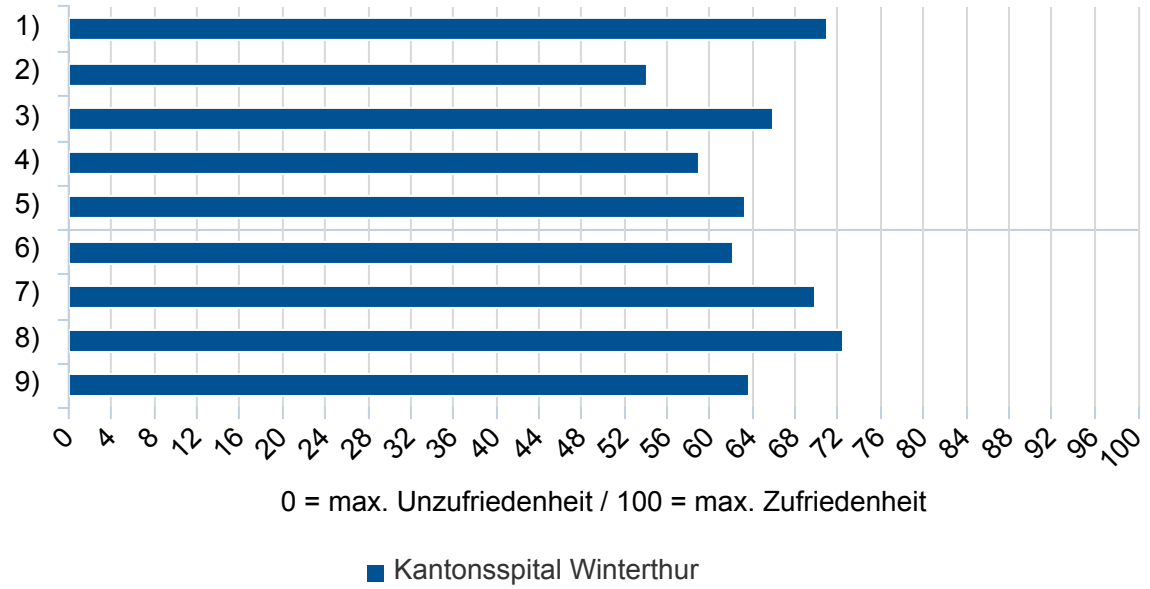
### 7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit - alle 3 Jahre

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

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat Mai durchgeführt.
Gesamt KSW
Alle Mitarbeitenden am KSW (inklusive Lehrlinge, Teilzeitangestellte)
Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

**Messthemen**

1) Arbeitsinhalt
2) Lohn
3) Weitere Leistungen des Arbeitgebers
4) Arbeitszeit
5) Aus-, Fort- und Weiterbildung
6) Interdisziplinäre Zusammenarbeit
7) Team
8) Führung
9) Arbeitsplatz




| Messergebnisse in Zahlen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | | |
| | 1) | 2) | 3) | 4) | 5) |
| Kantonsspital Winterthur | 70.90 | 54.20 | 66.00 | 58.90 | 63.30 |

| Messergebnisse in Zahlen | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mittelwerte pro Messthemen | | | | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
| | 6) | 7) | 8) | 9) | | |
| Kantonsspital Winterthur | 62.10 | 69.80 | 72.50 | 63.60 | 2097 | 58.00 % |

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

**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

**Die Mitarbeiterzufriedenheit am KSW liegt im Schweizer Vergleich im obersten Quartil!**
Bei den genannten Messthemen (Grafik) liegt das KSW immer über dem Benchmark.
Die hervorragende interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Führungskultur sind deutliche Stärken verglichen mit dem Benchmark.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | Mecon |
| Methode / Instrument | Mitarbeiterbefragung |

# 8 Zuweiserzufriedenheit

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

## 8.1 Eigene Befragung

### 8.1.1 Zuweiserbefragung (alle 2-3 Jahre)

Die Zufriedenheit der Zuweisenden wird alle 2-3 Jahre gemessen.
Unabhängig der ganzheitlichen Messung - werden seitens Tumorzentrum spezifische Befragungen durchgeführt (betreffen Zuweiser für Tumorzentrum).

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2019.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | |

# 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) | 2016 | 2017 |
|---|---|---|
| **Kantonsspital Winterthur** | | |
| Anteil externer Rehospitalisationen | - | 10.17% |
| Verhältnis der Raten* | 0.98 | 1.04 |
| Anzahl auswertbare Austritte: | | 20857 |

* 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/.

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

KSW liegt auf dem Mittelwert

| 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. |

# 10 Operationen

## 10.1 Eigene Messung

### 10.1.1 Anzahl pot. vermeidbarer Reoperationen

Mittels SQLape misst das KSW quartalsweise die Anzahl pot. vermeidbarer Reoperationen. Diese können auf Fallebene analysiert werden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Daten sind noch nicht vollständig ausgewertet.

# 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:** |
|---|
| ▪ Gallenblasen-Entfernungen |
| ▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen |
| ▪ *** Dickdarmoperationen (Colon) |
| ▪ Kaiserschnitt (Sectio) |

## Messergebnisse

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

| **Operationen** | **Anzahl beurteilte Operationen 2018** (Total) | **Anzahl festgestellter Wund-infektionen 2018** (N) | **Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %** 2017 | **adjustierte Infektionsrate % 2018** (CI*) |
|---|---|---|---|---|
| **Kantonsspital Winterthur** | | | | |
| Gallenblasen-Entfernungen | 390 | 8 | 3.50% | 2.10% (0.70% - 3.50%) |
| *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen | 73 | 2 | 2.00% | 2.80% (0.00% - 6.60%) |
| *** Dickdarmoperationen (Colon) | 141 | 11 | 5.20% | 6.00% (2.10% - 9.90%) |
| Kaiserschnitt (Sectio) | 628 | 14 | 3.20% | 2.30% (1.20% - 3.50%) |

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/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 |
|---|---|---|---|---|
| **Kantonsspital Winterthur** | | | | |
| Anzahl im Spital erfolgte Stürze | 5 | 7 | 15 | 5 |
| In Prozent | 1.80% | 2.50% | 5.80% | 2.00% |
| Residuum* (CI** = 95%) | | | -0.23 (-0.84 - 0.38) | 0.17 (-0.18 - 0.52) |
| Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018 | 256 | Anteil in Prozent (Antwortrate) | | 75.50% |

* 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/.

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

**Inzidenz Stürze im KSW (ANQ)**
**Sturzereigneisse Stichprävalenz Nov. 18**

| 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 | ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.<br>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. |
| | Ausschlusskriterien | ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.<br>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.<br>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.<br>▪ 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 Schwerkräften.

## 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

| | Anzahl Erwachsene mit Dekubitus | Vorjahreswerte 2017 | 2018 | In Prozent |
|---|---|---|---|---|
| **Kantonsspital Winterthur** | | | | |
| Nosokomiale Dekubitus-prävalenz | Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%) | 0.36 (-0.31 - 1.04) | -0.63 (-1.44 - 0.18) | - |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018 | | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | - | |

Bei Kindern und Jugendlichen

| | Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus | Vorjahreswerte 2017 | 2018 | In Prozent |
|---|---|---|---|---|
| **Kantonsspital Winterthur** | | | | |
| Nosokomiale Dekubitus-prävalenz | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 | 0 | | - |
| | Residuum*, Kategorie 2-4 | 0 | | - |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2018 | | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | - | |

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

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

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

| **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 | ▪ 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).<br>▪ 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).<br>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. |
| | Ausschlusskriterien | ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.<br>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.<br>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.<br>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. |

# 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

## 14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

### Messergebnisse

| Kinder- und Jugendpsychiatrie | 2016 | 2017 |
|---|---|---|
| **Kantonsspital Winterthur** | | |
| Gesamte Anzahl Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2017 | | |

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

Unser Betrieb hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.

| Angaben zur Messung | |
|---|---|
| Nationales Auswertungsinstitut | w hoch 2, Bern |
| Methode / Instrument | EFM |

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

# 15 Psychische Symptombelastung

## 15.1 Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

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

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

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

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

### Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

| HoNOSCA | 2017 |
|---|---|
| **Kantonsspital Winterthur** | |
| HoNOSCA Behandlungsergebnis<br>(Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | 1.05 |

Wertung der Ergebnisse:
- 52 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
+ 52 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

| HoNOSCA-SR | 2017 |
|---|---|
| **Kantonsspital Winterthur** | |
| HoNOSCA-SR Behandlungsergebnis<br>(Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | 6.37 |

Wertung der Ergebnisse:
- 52 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
+ 52 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

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

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

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

# 16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand

## 16.1 Eigene Messung

### 16.1.1 Befragung ambulanter Rehabilitation

Bei den ambulanten Rehapatienten werden Befragungen / Messungen durchgeführt.
Jeder ambulante Rehapatient wird am Ende seines Rehaprogrammes gebeten, eine elketronische Befragung (am Computer) durchzuführen. So wird ein grosser Rücklauf generiert und die einzelnen Rehaprogramme können sauber verglichen werden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Institut für Therapie und Rehabilitation

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

# 17 Weitere Qualitätsmessung

## 17.1 Weitere eigene Messung

### 17.1.1 Weitere spezifische Zufriedenheitsbefragungen (ambulant)

Am Kantonsspital Winterthur werden in Zusammenarbeit mit den Abteilungen immer mal wieder Qualitätsmessungen / Zufriedenheitsbefragungen durchgeführt.
Die Inhalte richten sich nach den spezifischen Bedürfnissen der jeweiligen internen Auftragsgeber.
Für viele interne Messungen arbeitet das KSW gerne mit der Firma Findmind zusammen (www.findmind.ch).

Beispiele für weitere Messungen mit www.findmind.ch:
- Neo Elternzufriedenheit
- MRI / CT Ambulante Patientenzufriedenheit
- Zuweiserbefragung
- Zufriedenheit mit Hotelleriedienstleistungen
- Mitarbeiterzufriedenheit (spez. Teams) / Kommunikation / Pflegewagen / Garderoben etc.
- Zufriedenheit mit Begleitdienst der Eltern
- Zufriedenheit mit Simulationstrainings

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
ja nach internen Bedürfnissen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Details können auf Anfrage bei der Verantwortlichen Qualitätsmanagement bezogen werden.

# 18 Projekte im Detail

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

## 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

### 18.1.1 Q-Cockpit

Am Kantonsspital Winterthur haben Qualitätskennzahlen den gleichen Stellenwert wie Finanz- und Reportingkennzahlen. Daher wurde im Jahr 2018 viel unternommen um die richtigen Qualitätskennzahlen stufengerecht in das betriebsweite Reportingsystem / Managementcockpit aufzunehmen.

Die wöchentlich aktuelle Patientenzufriedenheit ist nur eine dieser Qualitätskennzahlen.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

### 18.2.1 Standardisierte Patientenbefragung

Das Projekt "Standardisierte Austrittsbefragung stationärer Patienten" konnte im 2017 erfolgreich abgeschlossen werden.
Im Jahr 2018 konnte durch strukturelle Verbesserungen am Messsystem der Nutzen ausgebaut werden.
Wöchentlich erhält die Direktion die Patientenfeedbacks (50% Rücklauf) und alle 2 Wochen erhalten alle Abteilungen / Kliniken ihre spezifischen Feedbakcs (offene und geschlossene Antworten).

### 18.2.2 Neustrukturierung Materiovigilanz

Der Prozess "Materiovigilanz" wurde im Jahr 2018 als Projekt neu betrachtet, reorganisiert, breiter implementiert,
Das Qualitätsmanagement ist weiterhin im Lead und als Meldeverantwortliche bei Swissmedic hinterlegt.

### 18.2.3 Neues CIRS-Meldecenter

Das KSW hat mit dem langjährigen Partner Netrange auf dessen neue Web-Lösung gewechselt.
Dadurch konnten viele, einflussreiche Vorteile genutzt werden.
Hier sind nur einige davon aufgezählt:

- Fallverfolgung durch CIRS-Melder
- Nachverfolgung eines weitergeleiteten Falles
- Fehlerkategorien sind ersetzt, gestrafft und ergänzt worden
- Ursachenkategorie
- Auf Wunsch Name
- Meldekreisstruktur (auch auf nicht klinische Bereiche ausgeweitet)
- Auswertungen
- Transparenz
- Gegenseitiges Lernen
- Massnahmen-Kategorie
- Massnahmen-Handling
- Risikoanalyse statt Schweregrad
- etc.

Die Rückmeldungen sind sehr positiv und das Meldecenter wird nun Schritt für Schritt um weitere Module ausgebaut.

### 18.2.4 IQM-Cockpit

Das Kantonsspital Winterthur ist sehr dankbar für den Mehrwert aus der IQM Mitgliedschaft.
Nicht nur die umfangreichen und wertvollen Inputs aus den Peer Reviews (und den davor durchgeführten Selbstevaluationen), sondern auch die zeitnahe erhaltenen Qualitätsindikatoren stellen einen grossen Mehrwert darf.
Mit den jeweiligen Fachbereichen werden halbjährlich die Qualitätsindikatoren besprochen.
Damit die Mortalitäts-/Fallzahlenanalysen möglichst benutzerfreundlich sind, wurde intern ein Cockpit entwickelt.

Diskussionen & Analysen zu Mortalitäts- & Anteilswerten sind am KSW mittlerweile Standard und werden von den klinischen Fachpersonen sehr offen und konstruktiv aufgenommen. Daraus resultieren viele spannende Inputs und Erkenntnisse die in die Qualität für die Patienten mit einfliessen.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Tumorzentrum

Das Tumorzentrum mit seinen Organzentren werden jährlich nach DKG und ISO-Norm auditiert / zertifiziert.

# 19 Schlusswort und Ausblick

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

Bei Fragen können Sie sich gerne an die Verantwortliche Qualitätsmanagement wenden.

# 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 |
|---|
| **Basispaket** |
| Basispaket Chirurgie und Innere Medizin |
| **Haut (Dermatologie)** |
| Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten) |
| Dermatologische Onkologie |
| Wundpatienten |
| **Hals-Nasen-Ohren** |
| Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie) |
| Hals- und Gesichtschirurgie |
| Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie) |
| Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen |
| Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen) |
| Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie |
| Kieferchirurgie |
| **Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)** |
| Kraniale Neurochirurgie |
| Spinale Neurochirurgie |
| Periphere Neurochirurgie |
| **Nerven medizinisch (Neurologie)** |
| Neurologie |
| Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems |
| Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten) |
| Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit) |
| **Augen (Ophthalmologie)** |
| Ophthalmologie |
| Strabologie |
| Orbita, Lider, Tränenwege |
| Spezialisierte Vordersegmentchirurgie |
| Katarakt |
| Glaskörper/Netzhautprobleme |
| **Hormone (Endokrinologie)** |
| Endokrinologie |
| **Magen-Darm (Gastroenterologie)** |
| Gastroenterologie |
| Spezialisierte Gastroenterologie |
| **Bauch (Viszeralchirurgie)** |
| Viszeralchirurgie |

| |
|---|
| Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM) |
| Grosse Lebereingriffe (IVHSM) |
| Oesophaguschirurgie (IVHSM) |
| Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM) |
| **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 |
| Gefässchirurgie Carotis |
| Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe |
| Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik) |
| **Herz** |
| Kardiologie (inkl. Schrittmacher) |
| Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe) |
| Elektrophysiologie (Ablationen) |
| Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT) |
| **Nieren (Nephrologie)** |
| Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen) |
| **Urologie** |
| Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie' |
| Radikale Prostatektomie |
| Radikale Zystektomie |
| Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion) |
| Isolierte Adrenalektomie |
| Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang |
| Plastische Rekonstruktion der Urethra |
| Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters |
| Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial |
| **Lunge medizinisch (Pneumologie)** |
| Pneumologie |
| Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie |
| Cystische Fibrose |
| **Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)** |
| Thoraxchirurgie |
| Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie) |
| Mediastinaleingriffe |
| **Bewegungsapparat chirurgisch** |
| Chirurgie Bewegungsapparat |
| Orthopädie |
| Handchirurgie |
| Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens |
| Arthroskopie des Knies |

| |
|---|
| Rekonstruktion obere Extremität |
| Rekonstruktion untere Extremität |
| Wirbelsäulenchirurgie |
| Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie |
| Replantationen |
| **Rheumatologie** |
| Rheumatologie |
| Interdisziplinäre Rheumatologie |
| **Gynäkologie** |
| Gynäkologie |
| Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina |
| Maligne Neoplasien der Zervix |
| 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) |
| Spezialisierte Geburtshilfe |
| **Neugeborene** |
| Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche und >= 2000g) |
| Neonatologie (ab 32. Woche und >= 1250g) |
| Spezialisierte Neonatologie (ab 28. Woche und >= 1000g) |
| **Strahlentherapie (Radio-Onkologie)** |
| Onkologie |
| Radio-Onkologie |
| Nuklearmedizin |
| **Schwere Verletzungen** |
| Unfallchirurgie (Polytrauma) |
| Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma) |

# Herausgeber

Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
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**).