

Gesundheitsversorgung
Zürcher Oberland – GZO



GZO AG
Spital Wetzikon
Spitalstrasse 66
Postfach
8620 Wetzikon



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern
und Basel-Stadt

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	4
	B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	5
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010.....	5
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	6
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot.....	7
	C1 Angebotsübersicht.....	8
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010	9
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2010	9
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2010.....	9
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	9
	C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz.....	9
	C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation).....	9
	C4-4 Personelle Ressourcen.....	9
	C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2010	10
D	Qualitätsmessungen	10
	D1 Zufriedenheitsmessungen	10
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	10
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	12
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	13
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit.....	14
	D2 ANQ-Indikatoren.....	15
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape.....	15
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	16
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	17
	D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)	18
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010	20
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	20
	D3-2 Stürze.....	20
	D3-3 Dekubitus (Wundliegen).....	20
	D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen.....	20
	D3-5 Dauerkatheter	21
	D3-6 Weiteres Messthema	21
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	22
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte.....	24
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	24
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte.....	24
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte	27
F	Schlusswort und Ausblick	28
G	Impressum	29
H	Anhänge.....	30

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

A

Einleitung

Seit 100 Jahren sichert das GZO Spital Wetzikon die regionale medizinische Gesundheitsversorgung im Zürcher Oberland. Über die Jahrzehnte ist es zu einem modernen 200-Betten-Spital mit lokaler Verankerung und überregionaler Ausstrahlung herangewachsen, für das sich jedes Jahr rund 50'000 Patienten entscheiden.

Verschiedene Struktur- und Prozessoptimierungen führten im Jahr 2009 als auch 2010 kurzfristig zu einer grösseren Arbeitsbelastung, sie brachte aber auch kürzere Entscheidungswege und mehr Flexibilität im Führungsalltag, was zu mehr Ruhe und Stabilität beigetragen hat und weiterhin beitragen wird.

Die letzte Neuerung ist die jüngst verabschiedete Organisationsstruktur. Dabei wurde als einer der wesentlichsten Schritte die Geschäftsführung umstrukturiert. Ab 1. 6. 2010 wird sie neu aus drei Mitgliedern (Direktoren) und einem Vorsitzenden bestehen. Dabei wird auf Stufe Geschäftsleitung neu ein Ärztlicher Direktor für die ärztlichen und paramedizinischen Belange innerhalb der GZO verantwortlich sein. Ziel ist es, durch diese Strukturen die Effizienz in der Führung zu verbessern. Als Beispiel dafür: Erstmals sind Hotellerie und Pflege unter eine Führung gestellt worden, um Synergien noch besser nutzen zu können. Denn die Mitarbeitenden beider Bereiche kümmern sich bei unterschiedlichen Schwerpunkten um dasselbe Ziel: eine individuelle und professionelle Betreuung der Patientinnen und Patienten – rund um die Uhr.

Im Rahmen der neuen Organisationsstruktur formierte sich auch die Qualitätskommission der GZO AG im Jahr 2008 neu. Gemäss des neuen Reglements, welches im Jahr 2007 durch die Mitglieder der Qualitätskommission erarbeitet und im Sommer 2008 verabschiedet wurde, trifft sich die Qualitätskommission in regelmässigen Abständen auf Einladung des Vorsitzenden oder auf Wunsch eines Mitgliedes. Die Hauptthemen der letzten beiden Jahren waren die spitalsweite Einführung eines webbasierten Fehlermeldeportals als Grundlage eines abteilungsübergreifenden Qualitäts- und Risikomanagements (CIRS), die Vorbereitung der Messungen von Wundinfekten in den Schweizer Spitälern (SwissNoso) sowie die Durchführung und umfassende Auswertung der verschiedenen Outcome-Messungen. Gleichzeitig wurden die Vorbereitungen für eine internetbasierten Veröffentlichung von gemeinsamen Outcome Messungen der Züricher Krankenhäuser getroffen. Im Jahr 2010 kam es auf Grund eines Personalwechsels als auch in Folge der oben beschriebenen Struktur- und Prozessoptimierungen zu einer Umstrukturierung der Qualitätskommission.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Grundlage der Tätigkeit der Qualitätskommission ist das im Jahre 2008 erarbeitete Reglement der Qualitätskommission.

Grundlage:

Eine wichtige Voraussetzung zur Erfüllung der Anforderungen der Art. 58 KVG und Art. 77 Abs. 1 KVV ist das Vorhandensein eines systematisch aufgebauten und umgesetzten, kontinuierlichen Qualitätsmanagements im Spital. Dieses muss von der obersten Führungsebene des Spitals initiiert und getragen werden. Die Hauptverantwortung für die Qualität der Leistungserbringung, deren Sicherung und Förderung liegt bei dieser obersten Führungsebene. Die Qualitätskommission unterstützt und berät mit ihrer Arbeit die Kliniken/Institute/Abteilungen in ihrer Qualitätssicherung.

Ziel: Die Qualitätskommission ist eine ständige beratende Kommission der Spitalleitung, sowie der verschiedenen Abteilungsleiter. Sie besteht aus Vertreter/innen der Spitalleitung, der Medizinischen Institute und Kliniken sowie dem Qualitätsmanager. Die Qualitätskommission steuert und koordiniert die spitalweite Umsetzung des aktuellen Qualitätskonzeptes. Die Qualitätskommission unterstützt die Umsetzung der Unternehmensstrategie, gibt Impulse zu Händen der Spitalleitung für die jährlichen Unternehmenszielsetzungen in Qualitätsbelangen und die zielorientierte Verwendung der für Qualitätsentwicklung reservierten Budgets.

Aufgaben: Die Qualitätskommission:

1. unterstützt die Abteilungen bei koordinierten und strukturierten Evaluation und Durchführung von Qualitätsentwicklungsprojekten
2. Überwacht die Durchführung der aktuellen Outcome Messungen, macht Vorschläge zu den aktuellen Messthemen, bereitet die Messthemenvereinbarungen vor und steht im engen Kontakt mit dem Verein Outcome
3. Berichtet mindestens 1x jährlich der Geschäftsleitung
4. Die Qualitätskommission orientiert die Abteilungen kontinuierlich und die Spitalleitung periodisch über laufende Projekte. Der erstellte Jahresbericht wird in geeigneter Form, der Spitalleitung sowie weiteren Interessierten zur Verfügung gestellt.

Zusammenarbeit:

Die Qualitätskommission :

1. ist verantwortlich, dass auf Grund der personellen Zusammensetzung die Spitalleitung, Kliniken und Institute durch ihre Vertreter/innen regelmässig und umfassend über die Kommissionstätigkeit informiert werden können.
2. arbeitet mit anderen Kommissionen zusammen und unterhält auch Kontakt zu spitalexternen Organisationen, die auf dem Gebiete des Qualitätsmanagement tätig sind, wie z.B. dem Verein Outcome.

Kompetenzen:

1. Die Qualitätskommission berät die Geschäftsleitung bei der Erarbeitung von Massnahmen zur Qualitätssicherung und strategischen Qualitätsentwicklungsentscheiden.
2. Im Auftrag der GL führt die Qualitätskommission Qualitätssicherungsprojekte aus und kontrolliert sie.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

In diesem vorliegenden Bericht wird nur auf die spitalsweiten Schwerpunkte im Qualitätsmanagement eingegangen. Bezüglich der abteilungsinternen Qualitätsprojekte wird auf Punkt E2 "Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte" verwiesen.

Eines der Hauptthemen im Jahr 2010 war die Weiterführung und intensiviere Nutzung des webbasierten Fehlermeldesystems (CIRS). Die steigende Anzahl der eingegebenen und bearbeiteten Fälle dokumentiert die Akzeptanz eines spitalweiten Fehlermeldesystems.

Im Februar 2010 begannen wir mit der Durchführung der Messungen von Wundinfekten in den Schweizer Spitälern (SwissNoso). Frau Hefti, Hygienefachfrau, begleitet diese Messung als study nurse. Dr. Lohr fungiert dabei als Administrator und Studienarzt. Auf Grund des gesteigerten Arbeitsaufwandes wurde die Stelle von Frau Hefti im Jahr 2010 um 20% erhöht. Bis Ende 2010 haben wir ca. 150 Fälle dokumentiert. Eine erste Auswertung wurde uns im September des Jahres 2010 zugeschickt. Auf Grund der niedrigen Fallzahlen ist diese Auswertung jedoch nicht repräsentativ.

Einen weiteren Schwerpunkt bildete die internetbasierte Veröffentlichung von Qualitätsdaten auf der Homepage des VZK.

Weiterhin wurden diverse Messungen mit dem Verein Outcome durchgeführt. Folgende Messungen wurden 2010 durchgeführt:

- 1) Outcome Messungen: Sturzgefährdung
- 2) Outcome Messungen: OPF Patientenzufriedenheit
- 3) Outcome Messungen: KEF_CH Zuweiserbefragung
- 4) Outcome Messungen: EmERGE – schnelle und sichere Hilfe auf dem Notfall
- 5) Outcome Messungen: acutes Coronarsyndrom ACS

Zum Ende des Jahres erfolgte die Messthemenvereinbarung mit dem Verein Outcome für das Jahr 2011.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

Betreiben eines CIRS Fehlermeldesystems und Anpassung an spezielle Bedürfnisse

Auswertung der Messungen des Verein Outcome von 2009:

- 1) Dekubitus Studie 2009
- 2) Rehospitalisation innert 30 Tagen 2009
- 3) Geburt und Sectio 2009
- 4) PEQ Patientenfragebogen 2009
- 5) Messung ACS 2009

mit Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen

Umstrukturierung der Qualitätskommission

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- 1) Weiterer Ausbau CIRS zu einen umfassenden Fehlermeldeportal.
- 2) Durchführung der Messungen des Verein Outcome, Auswertung der Messergebnisse, Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen und Überprüfung der Verbesserungsmaßnahmen im Abstand von 2-3 Jahren.
- 3) Teilnahme an den Messungen von Wundinfekten in den Schweizer Spitälern (SwissNoso) und der internetbasierten Veröffentlichungen von Qualitätsdaten auf der Homepage des VZK.
- 4) Aktive Teilnahme an der VZK Arbeitsgruppe "Qualitätsmessung".
- 5) Erarbeitung eines spitalsweiten Qualitätssicherungskonzeptes
- 6) Teilnahme am kantonalen Qualitätssicherungskonzept
- 7) Teilnahme an die Qualitätsmessungen des ANQ

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	20 Stellenprozent zur Verfügung.

Neben dem Qualitätsmanager für das ganze Spital sind verschiedene Personen oder Kommissionen für spezifische Qualitätsbereiche zuständig (z.B. CIRS, klinisches und allgemeines Riskmanagement, Beschwerdemanagement, Mitarbeiterzufriedenheit, Hygiene, verschiedene klinische und pflegerische Qualitätserhebungen).

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Dieter Michel	044-9342790	dieter.michel@gzo.ch	Ärztlicher Direktor
Dr. Guido Verhoek	044-9342600	guido.verhoek@gzo.ch	Chefarzt Radiologie
Dr. Hendrik Lohr (*)	044-9342650	hendrik.lohr@gzo.ch	Qualitätsbeauftragter GZO und Vorsitzender der Qualitätskommission GZO, Mitglied der Qualitätskommission des Vereins Züricher Krankenhäuser (VZK) Koordinator der Outcome Messungen Studienarzt SwissNOSO
Dr. Ruedi Stieger	044-9342200	rudi.stieger@gzo.ch	Chefarzt Chirurgie
Prof. Dr. Urs Eriksson	044-9342300	heiner.vontobel@gzo.ch	Chefarzt Medizin
Frau Elisabeth Stirnemann	044-9342770	elisabeth.stirнемann@gzo.ch	Direktorin Betriebe
Herr Kurt Kaufmann	044-9342720	kurt.kaufmann@gzo.ch	Leiter Hotellerie
Herr Andrea Egli	044-9342355	Andrea.egli@gzo.ch	Leiter Qualität Pflege
Beratendes Mitglied:			
Dr. Bruno Walther	044-9341893	Bruno.walther@gzo.ch	Controlling

*) Ansprechpartner

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → GZO Spital Wetzikon
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie	GZO Wetzikon	
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>	GZO Wetzikon	
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>		
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>	GZO Wetzikon	Dr. A. Eichenberg Dr. M. Rutsch Dr. J. Ostapiuk Kooperation mit Senosuisse
Medizinische Genetik <i>(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)</i>		
Handchirurgie		Dr. P. Bleuler
Herz- und thorakale Gefässchirurgie <i>(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)</i>		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	GZO Wetzikon	
Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)</i>	GZO Wetzikon	
Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>	GZO Wetzikon	
Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>	GZO Wetzikon	
Geriatric <i>(Altersheilkunde)</i>		

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)</i>		
Hepatology <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i>		
Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>		
Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)</i>	GZO Wetzikon	Prof. Dr. R. Jenni
Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	GZO Wetzikon	Kooperation mit dem KSW
Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>		
Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	GZO Wetzikon	Sportmedizin Dr. G. Büsser
Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>	GZO Wetzikon	
Intensivmedizin	GZO Wetzikon	
Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Kinderchirurgie		
Langzeitpflege		
Neurochirurgie		
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>		Dr. W. Dinner, Dr. Ch. Zeller
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>		Dr. R. Hirschi, Dr. G. Landolt, Dr. M. Landolt
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	GZO Wetzikon	Dr. U. Baumgartner, Dr. R. Luginbühl, Dr. A. Rüegg
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>		Dr. H. Mendrik Dr. R. Brestel
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>		
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i>		Dr. A. Weber
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie		
Psychiatrie und Psychotherapie		Clenia Schlössli AG, Ambulatorium Wetzikon
Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>	GZO Wetzikon	GZO Diagnostik AG
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	GZO Wetzikon	

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	GZO Wetzikon	
Ergotherapie	GZO Wetzikon	
Ernährungsberatung	GZO Wetzikon	
Logopädie	GZO Wetzikon	
Neuropsychologie		Clenia Schlössli AG, Ambulatorium Wetzikon
Physiotherapie	GZO Wetzikon	
Psychologie		Clenia Schlössli AG, Ambulatorium Wetzikon
Psychotherapie		Clenia Schlössli AG, Ambulatorium Wetzikon

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelte Patienten,	33674	32410	Anzahl Fälle, nicht Patienten
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	6	4	
Anzahl stationär behandelte Patienten,	10412	10668	Anzahl Austritte, nicht Patienten
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	861	835	Anzahl Austritte, nicht Patienten
Geleistete Pflegetage	60767	66008	ohne gesunde Neugeborene
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	190	190	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.36	6.47	ohne gesunde Neugeborene
Durchschnittliche Bettenbelegung	87.62	88.14	ohne gesunde Neugeborene

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Die Ergebnisse können unter www.vzk-qualitaetsbericht.ch eingesehen werden		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/> VO: PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes				
Einschlusskriterien				
Ausschlusskriterien				
Rücklauf in Prozenten			Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Geschäftsleitung, Ärztlicher Direktor
Name der Ansprechperson	Dr. D. Michel
Funktion	Ärztlicher Direktor
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Zeiten: nach Vereinbarung, 044-9342790, dieter.michel@gzo.ch
Bemerkungen	

D1-2 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.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012/2013
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		Die zuweisenden Ärzte drücken uns damit Ihr Vertrauen aus. Mit einer Rücklaufquote von 33.5% (total 68 Rückmeldungen) stellt sich die Frage, wie repräsentativ die Erhebung ist.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Fragebogen	Name des Messinstitutes	Verein Outcome Zürich
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument			
	Beschreibung des Instrumentes	Detaillierter Fragebogen		
	Einschlusskriterien	- alle Zuweiser / potenziellen Zuweiser, die mindestens 2 Patienten pro Jahr stationär bzw. teilstationär zuweisen.		
	Ausschlusskriterien	- „Interne“ Zuweisungen, zum Beispiel über Ambulatorien - Interne Belegärzte		
	Rücklauf in Prozenten	33.5	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spital-Austritts. Mit der Methode SQLape wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse			
Anzahl Austritte im Jahr 2010	Anzahl Wiedereintritte im Jahr 2010	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Rehospitalisationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape

Mit der Methode SQLape wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse			
Anzahl Operationen im Jahr 2010	Anzahl Reoperationen im Jahr 2010	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Reoperationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.

Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Gynäkologie und Geburtshilfe

Messergebnisse					
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen	Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen	Infektions-rate Spital / Klinik	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ¹	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung				3.9%	
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung				4.5%	
<input type="checkbox"/> Hernieoperation				1.1%	
<input type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)				12.7%	
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)	78	2	2.6	1.9%	Teilnahmestart der SwissNOSO Messung war der 01.03.2010. Somit wurde nur über einen Zeitraum von 4 Monaten gemessen. Aus diesem Grund gehen nur wenige Operationen in die Statistik ein, was zu einer leicht erhöhten Infektionsrate führt.
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<i>Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.</i>				
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					

¹ Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. Spital-Qualitätsbericht © 2011, H+ qualité® / Version 4 Seite 17 von 30
GZO Spital Wetzikon

<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen. Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse Medizinische Abteilungen	Wert	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung			
Beurteilung der pflegerischen Versorgung			
Beurteilung der Organisation			
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb haben wir keine medizinischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

Messergebnisse Chirurgische Abteilungen	Wert	Schweizer Durchschnitt ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung			
Beurteilung der pflegerischen Versorgung			
Beurteilung der Organisation			
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb haben wir keine chirurgischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
--------------------------	---

Im Jahre 2009 wurde die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version Verein Outcome) gemessen. Die Daten wurden auf der Homepage des VZK veröffentlicht.

November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

² Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Spitäler, die sich 2009 an der PEQ-Messung des ANQs beteiligt haben. Die Werte wurden im März 2011 durch den ANQ veröffentlicht.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-1 Stürze

Messthema	Stürze		
Was wird gemessen?			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
236	59	117	Minimale Zunahme (7) von Stürzen im Vergleich zum Vorjahr. Dies entspricht einer Zunahme von 0.04%. Die Anzahl der Stürze mit Behandlungsfolgen hat minimal abgenommen.
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Sturzstatistik GZO
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

D3-2 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)		
Was wird gemessen?	Die letzte Messung erfolgte im Jahr 2009, siehe Qualitätsbericht 2009 und Punkt E2		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
<input checked="" type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			

<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Verein Outcome

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Anästhesie			
MDSi = Minimaler DatenSatz	B Intensivstation	A	A seit 2009
Chirurgie			
Erfassung von viszeralchirurgischen Eingriffen für die Statistik der SGVC (Schweiz. Ges. für Viszeralchirurgie)	B	A	A
Gynäkologie			
ASF Statistik	B	Jede Patientin komplett mit Dg und Procedere / fortlaufend	A
Senosuisse	B	Outcome orientierte Datenerfassung aller Mamma-karzinome	A
Medizin			
Schrittmacherimplantation	B	A	A
Akutes Koronarsyndrom AMIS	B	B	A
Avaluation Autopsie	A	C	C
Komplikationsliste SGIM	A	B	A
Radiologie			
Dosisoptimierung	C (Computertomographie)	C	C
Spital			
Evaluation Assistenzärzte	A	B	A
Bemerkungen			

Legende:

¹ A=Ganzer Betrieb, übergreifend
 B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
 C=einzeln Abteilung

² A=Fachgesellschaft
 B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
 C=betriebseigenes System

³ A=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
 B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2010
 C=Einführung im Berichtsjahr 2010

E

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Ganzes Spital	HQuality	2006		Verband Züricher Krankenhäuser
Frauenklinik und Wochenbett	Stillfreundliche Geburtsklinik	1999		UNICEF "Baby-Friendly Hospital Initiative"
CO2 Reduktion		2010		Zertifikat der Energie-Agentur Wirtschaft
Sportmedizin	Swiss Olympic	2003		Swiss Sports Medical Base

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Abteilung	Aktivität oder Projekt (Titel)	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Medizin	Verein Outcome Messung ACS "Acutes Coronarsyndrom"	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit,	fortlaufend
GZO	Teilnahme an der SWISSNoso Messung "Nationales Wundprogramm zur Erfassung von postoperativen Wundinfektionen"	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit,	fortlaufend
Anästhesie	Verein Outcome Messung "Anästhesiologische Komplikationen und perioperative Beschwerden"	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit,	01/2011 bis 03/2011
GZO	Verein Outcome Messung "Schmerzmanagement"	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit,	08/2011 bis 07/2011
GZO	Qualitätssicherungsprojekt	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit,	fortlaufen
GZO	CIRS		fortlaufend
GZO	Einheitliches Projektmanagement	Regelmässige Statusberichte, Projektportfolio Management	
GZO	Dekubitusprophylaxe-Konzept und Dekubitusrisiko-Einschätzungen, spezifisches Pflege- und Lagerungsmaterial u.a.m.	Im Rahmen der konsequenten Umsetzung eines Dekubitusprophylaxe-Konzeptes und gezielter Präventionsmassnahmen soll die Dekubitusrate	fortlaufend

		signifikant auf einem tiefen Niveau gehalten werden.	
GZO	Konzeption, Schulung und Überwachung von Hygienemassnahmen	Patientensicherheit, Mitarbeitersicherheit	fortlaufend
GZO	Beschwerdemanagement	Patientenzufriedenheit	fortlaufend
GZO	Strategieentwicklung und Zielsetzungsprozess	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit, Effizienzsteigerung	fortlaufend
GZO	Verschieden Outcome Messungen	Effizienzsteigerung, Patientensicherheit	fortlaufend
GZO	Beteiligung an verschiedenen nationalen Datenerfassungen, Registern und Qualitätserhebungen	Effizienzsteigerung, Patientensicherheit	fortlaufend
Pflege	Überprüfung und Optimierung Pflegevisite	Effizienzsteigerung, Patientensicherheit	fortlaufend
Pflege	Überprüfung und Evaluation von Überwachungsprotokollen	Effizienzsteigerung, Patientensicherheit	fortlaufend
Hotellerie	Optimierung Komfortleistungen	Patientenzufriedenheit, Sauberkeit, Hygiene	fortlaufend
Administration	Optimierung Budgetierung und Budgetkontrolle	Optimaler Ressourceneinsatz, Effizienzsteigerung	fortlaufend
Pflege	Senkung der Dekubitusrate	Erfasste Dekubitus-Fälle werden durch die Pflegeabteilung an A. Egli gemeldet. Er geht diesen Fällen auf der Pflegeabteilung nach und überprüft die getroffenen Massnahmen (reaktiv). Proaktiv sollen folgende Risikogruppen erfasst werden: a) Patienten über 75 Jahre, b) Mangelernährte, untergewichtige Patienten mit schlechtem Bodymassindex (BMI ≤ 16), c) Anämie-Patienten, d) Beatmete Patienten, e) immobile, bettlägerige Patienten. Bei diesen Patienten wird eine Risikoeinschätzung durchgeführt (Norton Scale).	fortlaufend
Pflege	Senkung der Rehospitalisationsrate	Auswertung in den Abteilungen läuft	fortlaufend
Frauenklinik	Geburt und Sectio	Fachliche Schulung des wechselnden Personals Adaptation des Weissbuches Kritische Indikation für operative Eingriffe Veränderte Planung des Geburtsmodus, Kommunikationsschulung	fortlaufend

Pflege	Sturzmeldungen	Die Hilfsmittel zur Sturzprävention werden laufend ergänzt. Eine mögliche Konsequenz wäre die standardisierte Einschätzung des Sturzrisikos	fortlaufend
Radiologie	Qualitätssicherung	Korrekte Durchführung der Röntgenuntersuchungen sowie der Weiterverarbeitung im PACS	fortlaufend
Radiologie	Dosisüberwachung CT	Das Ziel ist die weitere Senkung der Strahlendosis pro durchgeführten CT unter Einhaltung der Strahlenhygiene	fortlaufend

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitle	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Austausch und gemeinsames Lernen aus den CIRS Meldungen
Beschreibung	Einführung eines webbasierten Fehlermeldesystems zur Erhöhung der Patientensicherheit und Ableitung von Präventivmassnahmen, weitere Anpassung an die Bedürfnisse der einzelnen Abteilungen mit Schaffung einer Lesefunktion.
Projekttablauf / Methodik	Einführung eines webbasierten Fehlermeldesystems
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	alle
Projektevaluation / Konsequenzen	Nach der Evaluation verschiedener Systeme kam die Qualitätskommission der GZO AG zu dem Entschluss ein CIRS Meldesystem der Firma netrange einzuführen. Nach Installation der Software und Einführung der verantwortlichen Mitarbeiter wurde das System ausgiebig getestet. Nachdem alle Mitarbeiter der GZO AG die Möglichkeit hatten, sich mit dem System vertraut zu machen erfolgte am 01.01.2009 der offizielle Start des Meldesystems. Seitdem sind viele unterschiedliche Meldungen eingegangen. Um ein effizienteren lernen zu ermöglichen, wurde Leseberechtigungen für die Mitarbeiter der einzelnen Meldekreise eingeführt
Weiterführende Unterlagen	Siehe auch www.meldeportal.ch

Projekttitle	
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt <input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Senkung der Strahlendosis pro durchgeführten CT
Beschreibung	Genauere Analyse der CT Protokolle und Optimierung der Strahlendosis pro Untersuchung durch Anpassung der Parameter
Projekttablauf / Methodik	Analyse der CT Protokolle im Zusammenarbeit der Herr OA PD Dr. S. Schindera und Optimierung der Protokolle
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Radiologie <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Computertomographie
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte und MTRA
Projektevaluation / Konsequenzen	In einer ersten Auswertung wurden uns dosisoptimale Protokolle bestätigt, die nur noch geringfügig angepasst werden mussten. Seit diesem Zeitpunkt arbeiten wir mit dosisoptimierten CT Protokollen.
Weiterführende Unterlagen	www.ct-consulting.ch

Schlusswort

Durch die intensive Arbeit der Qualitätskommission ist es uns gelungen das Qualitätsmanagement an der GZO zu institutionalisieren und weiter auszubauen.

Ausblick 2011

CIRS

Das CIRS wird in diesem Jahr um eine Lesefunktion erweitern werden. Damit wird es möglich sein, dass ein ausgewählter Mitarbeiterkreis ständig Zugriff auf alle archivierten Fälle hat.

Für 2011 sind 2 gemeinsame CIRS Sitzungen geplant. Die erste wird dabei wahrscheinlich im April/Mai stattfinden.

Verein Outcome

Auch im Jahr 2011 werden wir wieder Messungen mit dem Verein Outcome durchführen. In 2011 sind folgende Messthemen geplant:

- a. Diagnoseunabhängige Messung 1 „D04 Anästh. Komplikationen und perioperative Beschwerden (Erwachsene)
- b. Diagnoseunabhängige Messung 2 „D08 Schmerzmanagement“:
- c. Output Messung 3 „O01 Elektiver Eintritt“:
- d. Als diagnoseabhängige Messung wird das Thema „T04 acutes Coronarsyndrom ACS“ weitergemessen.

SwissNoso

Seit dem 01.03.2010 nehmen wir an der SwissNoso Messung teil. Dabei werden in die Untersuchung die elektiven Erst-Implantate von Kniegelenken, die Sectiones und die Operationen am Dickdarm einbezogen. Bisher wurden im Jahr ca. 150 Fälle aufgenommen. Eine Weiterführung der Messung und Auswertung der Daten ist für 2011 geplant.

ANQ

Für das Jahr 2011 legte der ANQ-Vorstand die folgenden Messthemen fest. Diese werden nach einer Vertragsunterzeichnung mit dem ANQ gemessen.

- Potentiell vermeidbare Reoperationen und
- Rehospitalisationen mit SQLape;
- postoperative Wundinfekte nach bestimmten operativen Eingriffen mit SwissNoso;
- Prävalenzmessungen „Sturz“ und „Dekubitus“ mit dem Instrument LPZ (landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten) der Universität Maastricht.

Standardisierter Qualitätsbericht

Auch in diesem Jahr werden wir einen standardisierten Qualitätsbericht für das Jahr 2010 erstellen, der dann auf der Homepage von H+ veröffentlicht wird.

Der Veröffentlichung ist für den 30.06.2011 geplant.

Gemeinsame Veröffentlichung der Qualitätsdaten

Im Jahr 2010 wurden Daten der VZK Spitäler gemeinsam veröffentlicht werden. Den Beginn machte die PEQ Messung machen. Unter www.vzk-qualitaetsbericht.ch kann man sich einen ersten Eindruck verschaffen. Zusätzlich wird es möglich sein, ausgewählte Qualitätsdaten auf der neu zu erstellenden Homepage des GZO allen Benutzern zugänglich zu machen. Seit Sommer 2010 kann auch die Messung Austrittsmanagement im Internet von allen Interessierten eingesehen werden.

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitätern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Handbuch H+qualität® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Q**ualitätsmonitoring **B**asel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualität® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen.

Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch <http://www.anq.ch>



Anhänge