



**GZO AG**  
Spital Wetzikon  
Spitalstrasse 66  
Postfach  
8620 Wetzikon



## Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

# Impressum

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:

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

Siehe auch: [www.hplus.ch/de/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



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.

## Beteiligte Kantone / Gremien



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

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

Siehe auch: [www.hplus.ch/de/servicenav/h\\_verband/fachkommissionen](http://www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen)



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

## Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

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

# Inhaltsverzeichnis

<b>A</b>	Einleitung .....	1
<b>B</b>	Qualitätsstrategie .....	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011 .....	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011 .....	3
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements .....	4
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	4
<b>C</b>	Betriebliche Kennzahlen und Angebot .....	5
	C1 Angebotsübersicht.....	5
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011 .....	7
<b>D</b>	Qualitätsmessungen .....	7
	D1 Zufriedenheitsmessungen.....	7
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit .....	7
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	10
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit .....	11
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit .....	12
	D2 ANQ-Indikatoren.....	13
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® .....	14
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® .....	15
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	16
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	18
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ .....	22
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011 .....	24
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ) .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
	D3-6 Weiteres Messthema.....	24
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	25
<b>E</b>	Verbesserungsaktivitäten und -projekte .....	26
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards .....	26
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte .....	26
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
<b>F</b>	Schlusswort und Ausblick .....	30
<b>G</b>	Anhänge.....	31

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 als auch eine Erweiterung des Leistungsspektrums führten in den Jahren von 2009 bis 2011 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 Jahre 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. Diese Messungen der Züricher Krankenhäuser wurden gemeinsam internetbasiert veröffentlicht. Im Jahr 2010 kam es auf Grund eines Personalwechsels als auch in Folge der oben beschriebenen Struktur- und Prozessoptimierungen zu einer Umstrukturierung der Qualitätskommission. Zusätzlich kamen mit dem Beitritt zum ANQ Qualitätsvertrag zum 01.08.2011 auch weitere Qualitätsmessungen auf uns zu.

# B

## Qualitätsstrategie

### 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 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 2011

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

Eines der Hauptthemen im Jahr 2011 war die Weiterführung und intensiviere Nutzung des webbasierten

Fehlermeldesystems (CIRS). Die steigende Anzahl der eingegebenen und bearbeiteten Fälle dokumentiert die Akzeptanz eines spitalweiten Fehlermeldesystems. Gleichzeitig wurden die Meldekreise neu strukturiert und Lesefunktionen für einen berechtigten Kreis eingeführt

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 2011 haben wir **ca. 150 Fälle** dokumentiert.

Folgende weitere Themen wurden schwerpunktmässig behandelt:

1. Neuausrichtung Verein Outcome mit Gründung der hcri AG
2. Auswertung der verschiedenen Outcome Messungen aus dem Jahr 2010 (Patientenzufriedenheit, Zuweiserbefragung und EmERGE)
3. Vorbereitung der internetbasierten Veröffentlichung der Outcome Messung: Patientenzufriedenheit (aus dem Jahr 2009)
4. Durchführung des ANQ – Messthemenkataloges
5. Neustrukturierung der QK
6. Neugestaltung der Inhalte der Rubrik QM auf der Homepage des GZO

Weiter wurden 2011 folgende Messungen mit dem Verein Outcome durchgeführt:

- 1) Outcome Messungen: Acutes coronares Syndrom
- 2) Outcome Messungen: Anästhesiologische Komplikationen
- 3) Outcome Messungen: Schmerzmanagement
- 4) Outcome Messungen: elektiver Eintritt

### **B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011**

Betreiben eines CIRS Fehlermeldesystems und Anpassung an spezielle Bedürfnisse

Auswertung der Swissnoso - Messungen

Auswertung der Messungen des Verein Outcome von 2010 mit Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen:

- 1) OPF Patientenzufriedenheit aus dem Jahr 2010
- 2) Zuweiserbefragung aus dem Jahr 2010
- 3) Sturzgefährdung aus dem Jahr 2010
- 4) EmERGE – Schnelle Hilfe auf dem Notfall aus dem Jahr 2009
- 5) Messung ACS aus dem Jahr 2010

Umstrukturierung der Qualitätskommission

### **B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren**

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

## B5 Organisation des Qualitätsmanagements

GESCHÄFTS-  
LEITUNGSSTAB



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

## B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Dieter Michel	044-9342790	<a href="mailto:dieter.michel@gzo.ch">dieter.michel@gzo.ch</a>	Ärztlicher Direktor
Dr. Guido Verhoek	044-9342600	<a href="mailto:guido.verhoek@gzo.ch">guido.verhoek@gzo.ch</a>	Chefarzt Radiologie
Dr. Hendrik Lohr (*)	044-9342650	<a href="mailto:hendrik.lohr@gzo.ch">hendrik.lohr@gzo.ch</a>	Leiter Qualitätsmanagement GZO und Vorsitzender der Qualitätskommission GZO, Mitglied der Qualitätskommission des Vereins Züricher Krankenhäuser (VZK) Koordinator der Outcome Messungen Studienarzt SwissNoso ANQ Koordinator
Dr. Patrick Saudan	044-9342215	<a href="mailto:patrick.saudan@gzo.ch">patrick.saudan@gzo.ch</a>	Leitender Arzt Chirurgie
Dr. Silke Kenngott	044-9342348	<a href="mailto:silke.kenngott@gzo.ch">silke.kenngott@gzo.ch</a>	Kaderärztin Medizin
Frau Elisabeth Stirnemann	044-9342770	<a href="mailto:elisabeth.stirnemann@gzo.ch">elisabeth.stirnemann@gzo.ch</a>	Direktorin Betriebe
Herr Kurt Kaufmann	044-9342720	<a href="mailto:kurt.kaufmann@gzo.ch">kurt.kaufmann@gzo.ch</a>	Leiter Hotellerie
Herr Andrea Egli	044-9342355	<a href="mailto:andrea.egli@gzo.ch">andrea.egli@gzo.ch</a>	Leiter Qualität Pflege
Frau Katharina Hefti	044-9342451	<a href="mailto:Katharina.hefti@gzo.ch">Katharina.hefti@gzo.ch</a>	Leiterin Spitalhygiene

# 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](http://www.spitalinformation.ch) → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → GZO AG Spital Wetzikon → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	Wir sind eine <b>Spital- /Klinikgruppe</b> mit folgenden <b>Standorten</b> :
	GZO AG Spital Wetzikon

### C1 Angebotsübersicht

Angeborene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitalern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie	GZO AG Spital Wetzikon	
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>	GZO AG Spital Wetzikon	
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>		
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>	GZO AG Spital Wetzikon	Dr. M. Rutsch Dr. J. Ostapiuk Dr. A. Eichenberger 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 <b>Spezialisierungen</b> (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	GZO AG Spital Wetzikon	
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)</i>	GZO AG Spital Wetzikon	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>	GZO AG Spital Wetzikon	
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>	GZO AG Spital Wetzikon	
<input type="checkbox"/> Geriatrie <i>(Altersheilkunde)</i>		

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)		
<input type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		
<input type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)		
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)	GZO AG Spital Wetzikon	Prof. Dr. R. Jenni
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	GZO AG Spital Wetzikon	Kooperation mit dem KSW
<input type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)		Ab Januar 2012
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)		Sportmedizin Dr. G. Büsser
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	GZO AG Spital Wetzikon	
Intensivmedizin	GZO AG Spital Wetzikon	
Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Kinderchirurgie		
Langzeitpflege		
Neurochirurgie		
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)		Dr. W. Dinner, Dr. Ch. Zeller
Ophthalmologie (Augenheilkunde)		Dr. R. Hirschi, Dr. G. Landolt, Dr. M. Landolt
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	GZO AG Spital Wetzikon	Dr. U. Baumgartner, Dr. R. Luginbühl, Dr. A. Rüegg
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)		Dr. H. Mendrik Dr. R. Brestel
Pädiatrie (Kinderheilkunde)		Kooperation KSW
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)		Dr. A. Weber
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie		
Psychiatrie und Psychotherapie		Clenia Schössli AG, Ambulatorium Wetzikon
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	GZO AG Spital Wetzikon	GZO Diagnostik AG
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	GZO AG Spital 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 AG Spital Wetzikon	
Ergotherapie	GZO AG Spital Wetzikon	
Ernährungsberatung	GZO AG Spital Wetzikon	
Logopädie	GZO AG Spital Wetzikon	
Neuropsychologie		Clenia Schössli AG, Ambulatorium Wetzikon
Physiotherapie	GZO AG Spital Wetzikon	
Psychologie		Clenia Schössli AG, Ambulatorium Wetzikon
Psychotherapie		Clenia Schössli AG, Ambulatorium Wetzikon

## C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl <b>ambulant</b> behandelter Patienten,	35621	33674	Anzahl Fälle
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			Keine Angaben
Anzahl <b>stationär</b> behandelter Patienten,	11001	10412	Anzahl Austritte
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	873	861	Anzahl Austritte
Geleistete Pflegetage	63713	60767	Ohne Neugeborene
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	190	190	Ohne Neugeborene
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.3	6.4	Ohne Neugeborene
Durchschnittliche Bettenbelegung	91.9	87.6	Ohne 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 das 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. Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die Patientenzufriedenheit. <span style="float: right;">Begründung: siehe Messung ANQ</span>
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Patientenzufriedenheit.

<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 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 2011 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 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
<b>Gesamter Betrieb</b>		
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>

- Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

#### Informationen für das 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"/> PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
<input checked="" type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		An alle stationären austretenden Patienten abgegebener Fragebogen.	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle austretenden Patienten älter als 18 Jahre	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input checked="" 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"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>hat kein</b> Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.</b>
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	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Siehe Kapital E2			

## 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"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die Angehörigenzufriedenheit.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> 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
<b>Gesamter Betrieb</b>		
<b>Resultate pro Bereich</b>	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitalern <b>verglichen</b> (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes <input type="text"/> Name des Messinstitutes <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes <input type="text"/>	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
<b>Titel</b>	<b>Ziel</b>	<b>Bereich</b>	<b>Laufzeit</b> (von ... bis)

### 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 <b>misst nicht</b> die Mitarbeiterzufriedenheit.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb <b>misst</b> die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 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 <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitalern <b>verglichen</b> (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes <input type="text"/> Name des Messinstitutes <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes <input type="text"/>	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	<input type="text"/>	
	Ausschlusskriterien	<input type="text"/>	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		<input type="text"/>	
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

## 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 Zuweiserzufriedenheit 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 <b>misst nicht</b> die Zuweiserzufriedenheit.			Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb <b>misst</b> die Zuweiserzufriedenheit.				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings <b>keine Messung</b> durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> 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		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitalern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes <input type="text"/> Name des Messinstitutes <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument
	Beschreibung des Instrumentes <input type="text"/>

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

## **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 Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

### Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 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
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

### Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch 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 Spitalaustritts. 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 er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung: Start der Messung in 2012	
<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Auswertung gemacht</b> .	<b>Die letzte Messung erfolgte im Jahr:</b>	<b>Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:</b>
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine Auswertung gemacht		
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			
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS <sup>1</sup>		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

<sup>1</sup> Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

## 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.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung: Start der Messung in 2012	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> wurde allerdings <b>keine Auswertung gemacht</b> .	<b>Die letzte Messung</b> erfolgte im Jahr:	<b>Die nächste Messung ist</b> vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> wurde eine <b>Auswertungen gemacht</b>		
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			
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS <sup>2</sup>		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

<sup>2</sup> Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

## D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNoso

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

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler 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. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNoso gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst nicht</b> die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNoso.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNoso.		
<input type="checkbox"/>	<b>Im Berichtsjahr 2011</b> (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings <b>keine Messungen</b> durchgeführt.	<b>Die letzte Messung erfolgte im Jahr:</b>	<b>Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2011</b> (Juni 2010 - September 2011) 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 type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall <sup>3</sup> CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung				
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung				
<input type="checkbox"/> Hernieoperation				
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	32	1	3.1 % (0.1 - 16.2)	
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)	248	6	2.4 % (0.9 - 5.2)	2.6 % (0.3 - 9)
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie				
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen				
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen	45	1	2.2 % (0.1 - 11.8)	5.3 % (1.1 - 14.6)

<sup>3</sup> Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Der ANQ hat beschlossen die Ergebnisse der postoperativen Wundinfektionsmessung 2011 in pseudonymisierten Form zu veröffentlichen, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Ausserdem konnte SwissNoso die Validierung der Daten 2010/2011 bis dato noch nicht vornehmen. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.

Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der postoperativen Wundinfektionsraten 2010/2011 zu verzichten.

**Verbesserungsaktivitäten**

<b>Titel</b>	<b>Ziel</b>	<b>Bereich</b>	<b>Laufzeit (von ... bis)</b>

## D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten<sup>4</sup>, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

---

<sup>4</sup> Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

## Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>führt nicht</b> die <b>Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ</b> am <b>Stichtag, 8. November 2011</b> durch. <span style="float: right;">Begründung:</span>
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>führt</b> die <b>Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ</b> am <b>Stichtag, 8. November 2011</b> durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die 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 type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher <b>gestürzt</b> sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
17	In Prozent: 18.4	
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Sturzrate 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten werden unabhängig von ihrem jeweiligen Gesundheitszustand eingeschlossen, d.h. auch komatöse, kognitiv eingeschränkte und demente Patient/innen werden in die Messung aufgenommen. Ausnahmen können sein: Eine von den Patient/innen oder deren gesetzlichen Vertretung unterschriebene Einverständniserklärung ist Bedingung zur Teilnahme an der Erhebung und muss im Vorfeld der Erhebung oder am Tag der Messung von den Patient/innen unterschrieben werden.
	Ausschlusskriterien	Wöchnerinnen und Kinder Die Teilnahme an der Erhebung für die Patient/innen ist nicht zumutbar und/oder es liegt keine schriftliche Einverständniserklärung vor bzw. diese kann nicht eingeholt werden. Im ambulanten Bereich (Tagesklinik etc.) sowie auf der Notfallstation werden keine Daten erhoben.
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	93	Anteil in Prozent
Bemerkung	keine	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Sturzrisiko	Frühe Erfassung des Sturzrisikos	Alle Stationen	Eingeführt 2010
Besprechung	Das Sturzrisiko wird auf der Visite besprochen	Medizin	2011
Hilfsmittel	Bereitstellung einer genügenden Anzahl von Hilfsmitteln	Alle Stationen	laufend

## Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liegeposition in einem Bett).

Weiterführende Informationen: [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus)

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>führte nicht</b> die <b>Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ</b> am <b>Stichtag, 8. November 2011</b> durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>führte</b> die <b>Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ</b> am <b>Stichtag, 8. November 2011</b> durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die 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 type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
2	In Prozent: 2.1	1	In Prozent: 1	Ohne Dekubitus Grad I

Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Prävalenzrate von Dekubitus 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Siehe Messung Sturz	
	Ausschlusskriterien	Siehe Messung Sturz	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	93	Anteil in Prozent	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Lagerungsmaterial	Evaluation von neuem Lagerungsmaterial	Alle Stationen	05/2012 bis 10/2012

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

## D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten ( $\geq 18$  Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

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

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>mass nicht</b> die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>mass</b> die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		
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 type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse	
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.0	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.8	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.9	0 = nie 10 = immer	
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.9	0 = nie 10 = immer	
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.3	0 = nie 10 = immer	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
Bemerkungen			

### Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut <input checked="" type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	Dezentrales Messinstitut <input type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> ESOPE <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH <input type="checkbox"/> NPO PLUS <input type="checkbox"/> Stevemarco sagl
--	--

### Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.		
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten		
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	696			
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	355	Rücklauf in Prozent	51	
Bemerkung	keine			

### Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Siehe allgemeine Aktivitäten			

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

### D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

#### D3-6 Weiteres Messthema

<b>Messthema</b>	Anästhesiologische Komplikationen und perioperative Beschwerden
<b>Was wird gemessen?</b>	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die 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:	Anästhesie

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
<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 Auswertungsinanz:	Verein Outcome

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Erfasst werden alle stationären Patienten (Allgemein-, Regional- und kombinierte Anästhesien, MAC).	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	702	Anteil in Prozent	100
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Hypothermie - wärmeerhaltende Massnahmen (neue Warmluftgeräte, Matten, Infusionswärmer)	Vermeidung relevanter intra- und perioperativer Hypothermien	OP/AWR	kontinuierlich
Schmerztherapie – Konzept überarbeiten/anpassen	Optimierung/Verbesserung	AWR/Stationen	kontinuierlich

## D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokardinfarkt und ACS in der CH)	A: AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	A seit 2008	B
AQC Daten für Qualitätssicherung	A: Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie <a href="http://www.agc.ch">www.agc.ch</a>	A seit 2009	B
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	A seit 1985	B
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin	A: SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	A seit 2008	B
Minimal Dataset SGAR	A: Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://www.sgar-ssar.ch">www.sgar-ssar.ch</a>	C ab 2013	B
Schweizer Dialyseregister	A: Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	C ab 2013	B
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A: Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie <a href="http://www.scqm.ch">www.scqm.ch</a>	B	
SIRIS <sup>5</sup> (Schweizer Implantat Register)	A: Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	C ab 2012	B
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program <a href="http://www.srrqap.ch">www.srrqap.ch</a>	C ab 2013	B
SWISSSpine	A: Orthopädisches HTA-Register <a href="http://www.swiss-spine.ch">www.swiss-spine.ch</a>	B	
SWISSVASC Registry	A: Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie <a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>	C ab 2012	B
Überregionales Krebsregister		B	
<b>Bemerkung</b>			

<sup>5</sup> Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

# E

## Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter [www.spitalinformation.ch](http://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, welche auch bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden in einer alphabetischen Reihenfolge.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Administration	Optimierung Budgetierung und Budgetkontrolle	Optimaler Ressourceneinsatz, Effizienzsteigerung	fortlaufend
Anästhesie	Hypothermie - wärmeerhaltende Massnahmen (neue Warmluftgeräte, Matten, Infusionswärmer), Vermeidung relevanter intra- und perioperativer Hypothermien	Operationstrakt, Aufwachraum	Fortlaufend
Anästhesie	Schmerztherapie – Konzept überarbeiten/anpassen	OP und Stationen	Fortlaufend
Frauenklinik	Geburt und Sectio	Fachliche Schulung des wechselnden Personals Adaptation des Weissbuches Kritische Indikation für operative Eingriffe Veränderte Planung des Geburtsmodus, Kommunikationsschulung	fortlaufend
GZO	Teilnahme an der SWISSNoso Messung "Nationales Wundprogramm zur Erfassung von postoperativen Wundinfektionen	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit,	fortlaufend

GZO	Qualitätssicherungsprojekt	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit,	fortlaufen
GZO	CIRS	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit,	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 signifikant auf einem tiefen Niveau gehalten werden.	fortlaufend
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
GZO	ANQ Messungen	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit,	fortlaufend
Hotellerie	Optimierung Komfortleistungen	Patientenzufriedenheit, Sauberkeit, Hygiene	fortlaufend
Medizin	Verein Outcome Messung ACS "Acutes Coronarsyndrom"	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit,	fortlaufend
Pflege	Überprüfung und Optimierung Pflegevisite	Effizienzsteigerung, Patientensicherheit	fortlaufend
Pflege	Überprüfung und Evaluation von Überwachungsprotokollen	Effizienzsteigerung, Patientensicherheit	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	fortlaufend

		Bodymassindex (BMI $\leq 16$ ), c) Anämie-Patienten, d) Beatmete Patienten, e) immobile, bettlägerige Patienten. Bei diesen Patienten wird eine Risikoeinschätzung durchgeführt (Norton Scale).	
Pflege	Senkung der Rehospitalisationsrate	Auswertung in den Abteilungen läuft	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.

<b>Projekttitlel</b>	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Vermeidung von Stürzen
Beschreibung	Der Vergleich mit anderen Spitälern weist auf ein leicht erhöhtes Sturzrisiko im GZO. Es soll intern überprüft werden, welche Massnahmen eine Verbesserung bringen.
Projektablauf / Methodik	Auswertung der internen Sturzstatistik und der Outcom Messung Besprechung der Ergebnisse mit der Qualitätskommission und weiteres Vorgehen festgelegt Ergebnisse mit den Pflgeteams besprochen und Massnahmen für Verbesserungen gesammelt Im Pflegekader die Massnahmen besprochen und festgelegt. Externer Besuch einer Klinik (Was machen andere).
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? ..... <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Alle stationären Abteilungen
Involvierte Berufsgruppen	Pflegedienst
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die interne Sturzstatistik wird jährlich ausgewertet und besprochen.
Weiterführende Unterlagen	

### Schlusswort

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

### Ausblick 2012

#### CIRS

Das CIRS wurde um eine Lesefunktion für ausgewählte Mitarbeiter erweitert. Gleichzeitig wurden die Meldekreise umstrukturiert. In der Zukunft wird sich zeigen, ob sich diese Massnahmen bei der Fehlervermeidung bewähren.

Für 2012 sind 2 gemeinsame CIRS Sitzungen geplant.

#### 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 Sectios und die Operationen am Dickdarm einbezogen. Bisher wurden im Jahr ca. 150 Fälle aufgenommen. Eine Weiterführung der Messung und Auswertung der Daten ist für 2012 geplant.

#### ANQ

Für das Jahr 2012 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.

#### SIRIS

Ab dem 01.09.2012 werden wir die Daten für das Implantatregister nach den Vorgaben des ANQ erheben.

#### Standardisierter Qualitätsbericht

Auch in diesem Jahr werden wir einen standardisierten Qualitätsbericht für das Jahr 2011 erstellen, der dann auf der Homepage von H+ veröffentlicht wird.

Der Veröffentlichung ist für den 30.06.2012 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](http://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. Eine weitere Veröffentlichung von ausgewählten Messungen ist geplant.

# **G** Anhänge