

Gesundheitsversorgung  
Zürcher Oberland – GZO



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



**Akutsomatik**

# Qualitätsbericht 2009

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





## Inhaltsverzeichnis

<b>A</b>	Einleitung .....	4
<b>B</b>	Qualitätsstrategie .....	6
B1	Qualitätsstrategie und -ziele .....	6
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009 .....	7
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009 .....	8
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	8
B5	Organisation des Qualitätsmanagements .....	9
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	10
<b>C</b>	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung .....	12
C1	Kennzahlen Akutsomatik .....	12
<b>D</b>	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	13
D1	Zufriedenheitsmessungen .....	13
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit .....	13
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit .....	17
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit .....	19
D1-4	Zuweiserzufriedenheit .....	22
D2	ANQ-Indikatoren .....	24
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte .....	24
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen .....	25
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO .....	26
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen .....	27
D3	Weitere Qualitätsindikatoren .....	28
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	30
<b>E</b>	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring) .....	31
E1	Pflegeindikatoren .....	31
E1-1	Stürze .....	31
E1-2	Dekubitus (Wundliegen) .....	32
E2	Weitere Qualitätsindikatoren .....	33
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings .....	33
<b>F</b>	Verbesserungsaktivitäten .....	35
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard .....	35
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten .....	36
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte .....	39
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte .....	40
<b>G</b>	Schlusswort und Ausblick .....	42
<b>H</b>	Impressum .....	44
<b>I</b>	Anhänge .....	47

**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 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.



## 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 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 2009

Die Hauptthemen im Jahr 2009 die Einführung und Inbetriebnahme des webbasierten Fehlermeldesystems (CIRS). Zusätzlich wurden die Vorbereitungen zur Durchführung der Messungen von Wundinfekten in den Schweizer Spitälern (SwissNoso) und der internetbasierten Veröffentlichungen von Qualitätsdaten auf der Homepage des VZK getroffen.

Folgende Messungen wurden 2009 in enger Zusammenarbeit mit dem Verein Outcome durchgeführt:

- 1) Outcome Messungen: ACS
- 2) Outcome Messungen: Dekubitus
- 3) Outcome Messungen: Patientenfragebogen (PEQ)
- 4) Outcome Messungen: Rehospitalisationsrate
- 5) Outcome Messungen: Sectio und Geburt

Zum Ende des Jahres erfolgte die Messthemenvereinbarung mit dem Verein Outcome für 2010.

## B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

Evaluation und Installation eines CIRS Fehlermeldesystems

Auswertung der Messungen des Verein Outcome von 2008:

- 1) Anästhesiologische Komplikationen 2008
- 2) Austrittsmanagement 2008
- 3) ACS 2008

mit Festlegung von Verbesserungsmassnahmen

## 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".

## B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" 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.	

**B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement**

Stand 31.12.2009

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Andreas Gattiker	044-9342700	<a href="mailto:direktion@gzo.ch">direktion@gzo.ch</a>	Vorsitzender der Geschäftsleitung
Dr. Guido Verhoek	044-9342600	<a href="mailto:guido.verhoek@gzo.ch">guido.verhoek@gzo.ch</a>	Chefarzt Radiologie und Qualitätsverantwortlicher (Zust. in der Geschäftsleitung)
Dr. Hendrik Lohr (*)	044-9342650	<a href="mailto:hendrik.lohr@gzo.ch">hendrik.lohr@gzo.ch</a>	Qualitätsbeauftragter GZO und Vorsitzender der Qualitätskommission GZO, Mitglied der Qualitätskommission des Vereins Zürcher Krankenhäuser (VZK) Koordinator der Outcome Messungen
Dr. Ruedi Stieger	044-9342200	<a href="mailto:rudi.stieger@gzo.ch">rudi.stieger@gzo.ch</a>	Chefarzt Chirurgie
Dr. Heiner Vontobel	044-9342300	<a href="mailto:heiner.vontobel@gzo.ch">heiner.vontobel@gzo.ch</a>	Chefarzt 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

(\*)Ansprechperson für Qualitätsbelange



**C**

**Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung**

**C1 Kennzahlen Akutsomatik**



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl <b>ambulante</b> Fälle	36317	
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	4	
Anzahl <b>stationäre</b> Patienten	10281	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	864	
Anzahl Pflēgetage gesamt	61095	Ohne Neugeborene
Bettenanzahl per 31.12.	192	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.38 Tage	Ohne Neugeborene
Durchschnittliche Auslastung der Betten	87.8%	
<b>Spitalgruppen:</b> Nennung der akutsomatischen Standorte		



# D

## Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

### D1 Zufriedenheitsmessungen

#### D1-1 Patientenzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution <b>nicht</b> gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2009	Nächste Messung: 2011
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2009</b> wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die 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 Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>5.25</b>	Die Resultate der Patientenbefragung mit dem PEQ Fragebogen weisen für das Spital Wetzikon eine hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der ärztlichen und pflegerischen Versorgung und Betreuung wie auch mit der Organisation, Management und dem Service aus. Diese Bereiche werden auf einer Skale von 1 (=sehr unzufrieden) bis 6 (=sehr zufrieden) durchschnittlich mit der Note 5.25 bewertet.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärztliche Versorgung	5.2	Die ärztliche Versorgung erhält mit einem Notendurchschnitt von 5.2 eine gute Bewertung.
Pflegerische Versorgung	5.3	Die pflegerische Versorgung erhält mit einem Notendurchschnitt von 5.3 eine gute Bewertung. Die einzelnen Kliniken wurden gleich bewertet.
Organisation und Management	5.2	Der Skalenwert von 5,2 zeugt von sehr grosser Zufriedenheit bei einem hohen Durchschnitt.
<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.		
Die Ergebnisse können unter <a href="http://www.vzk-qualitaetsbericht.ch">www.vzk-qualitaetsbericht.ch</a> eingesehen werden		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input checked="" type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			





Beschreibung des Instrumentes	Standardisierter Fragebogen des Verein Outcome		
Einschlusskriterien	<p>Eingeschlossene Patienten und Patientinnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alter <math>\geq</math> 18 Jahre</li> <li>-Stationärer Aufenthalt von mindestens 1 bzw. 2 Tagen (1 bzw. 2 Übernachtungen)</li> <li>-Austritt nach Hause (bzw. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Reha)</li> <li>-Mehrfachhospitalisierte sollen innerhalb 30 Tagen nur einmal befragt werden. Ab <math>\geq</math> 30 Tagen zwischen Austritt und stationärem Wiedereintritt kann die Patientin/der Patient auch ein zweites Mal befragt werden.</li> </ul>		
Ausschlusskriterien	<p>Ausgeschlossene Patienten und Patientinnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten und Patientinnen, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllen</li> <li>-Wöchnerinnen</li> <li>-Verstorbene Patienten und Patientinnen (im Spital und nach Spitalaufenthalt – sofern das Spital davon Kenntnis erhält)</li> <li>- Patienten und Patientinnen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz</li> <li>- Patienten und Patientinnen mit psychiatrischer Hauptdiagnose</li> </ul>		
Rücklauf in Prozenten	56%		
Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:	3 Wochen nach dem 1. Versand



## D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution <b>nicht systematisch</b> gemessen.		
<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	<b>Letzte Messung:</b>	<b>Nächste Messung:</b>
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2009</b> wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>		
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
<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.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<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, Einsatz wie folgt:



D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution <b>nicht</b> gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2009</b> wurde eine Messung durchgeführt.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen: <input type="text"/>

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>80</b>	<b>Insgesamt zeigte sich in der Mitarbeiterbefragung eine hohe Mitarbeitermotivation. Die Mitarbeiter füllen sich in einem hohen Mass ihrem Unternehmen als auch ihrer Arbeit verpflichtet. Gegenüber 2006 konnte in allen Punkten eine Verbesserung erzielt werden. Die Detailauswertung zeigte dennoch ein Verbesserungspotential in einigen Unterpunkten auf. Ein Handlungsportfolio wurde erstellt.</b>
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Motivation	80	Messung 2006: 79
Erfüllung Mitarbeiterbedürfnisse	80	Messung 2006: 78
Commitment	80	Messung 2006: 79
<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.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Fragebogen	Name des Messinstitutes bpb: Bosshard Personalmanagement und -beratung
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		Online Fragebogen im Intranet	
Einschlusskriterien		Alle MA, welche im Zeitpunkt der Umfrage seit mehr als 3 Monate im Spital Wetzikon tätig waren.	
Ausschlusskriterien		Ohne MA in Ausbildung wie Pflegefachfrau HF und FH, FaGe, Koch, Betriebpraktiker, Hauswirtschafterin, Ernährungsberaterin, MTRA, Physiotherapeuten Praktikanten, Unterassistenten etc.	
Rücklauf in Prozenten		60%	
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein. <input checked="" type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:	Erinnerungsschreiben per Email über die Führungskräfte.



D1-4 Zuweiserzufriedenheit



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution <b>nicht</b> gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	<b>Letzte Messung:</b>	<b>Nächste Messung:</b> 2010
<input type="checkbox"/>	Ja. Im <b>Berichtsjahr 2009</b> wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" 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.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<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, Einsatz wie folgt:



## D2 ANQ-Indikatoren

### D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution <b>nicht</b> gemessen.				
<b>Ja</b> . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.				
<input type="checkbox"/> <b>Keine</b> Messung im Berichtsjahr 2009. <b>Letzte Messung:</b> <input type="text"/> <b>Nächste Messung:</b> <input type="text"/>				
<b>Ja</b> . Im <b>Berichtsjahr 2009</b> wurde eine Messung durchgeführt.				
Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
10280	730	7.10%	30	Verein Outcome
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Eine differenzierte Auswertung der komplexen Untersuchung ist im Gange. Nach Vorstellung der Daten in der Qualitätskommission werden die Daten in der Chefärztekonzferenz präsentiert und anschliessend abteilungsintern ausgewertet.				
<b>Spitalgruppen:</b> an welchen Standorten?		<b>Gesamtes Spital</b>		
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).				
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.				
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

### D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Nein</b> , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution <b>nicht</b> gemessen.			
<b>Ja</b> . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.			
<input type="checkbox"/> <b>Keine</b> Messung im Berichtsjahr 2009. <b>Letzte Messung:</b> <input type="text"/> <b>Nächste Messung:</b> <input type="text"/>			
Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b> . Im <b>Berichtsjahr 2009</b> wurde eine Messung durchgeführt.			
<b>Spitalgruppen:</b> an welchen Standorten?			
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
<input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			



## D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?		
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution <b>nicht</b> gemessen.	
<b>Ja</b> . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Keine</b> Messung im Berichtsjahr 2009. <b>Letzte Messung:</b> <input type="text"/>	<b>Nächste Messung:</b> 2010
<b>Ja</b> . Im <b>Berichtsjahr 2009</b> wurde eine Messung durchgeführt.		
Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase		
<input type="checkbox"/> Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/> Hernieoperation		
<input type="checkbox"/> Operation am Dickdarm		
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie		
<input type="checkbox"/> Hüftgelenksprothesen		
<input type="checkbox"/> Kniegelenksprothesen		
<b>Spitalgruppen:</b> an welchen Standorten? <input type="text"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
<input type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

## D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , die Infektionen werden in unserer Institution <b>nicht</b> gemessen.	
<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.	
<input type="checkbox"/>	<b>Keine</b> Messung im Berichtsjahr 2009. <b>Letzte Messung:</b> <input type="text"/>	<b>Nächste Messung:</b> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Ja</b> . Im <b>Berichtsjahr 2009</b> wurde eine Messung durchgeführt.	
<b>Spitalgruppen:</b> an welchen Standorten? <input type="text"/>		
Infektions-Messthema		
<input type="text"/>		
Messung im Berichtsjahr 2009		
<b>Gemessene Abteilungen:</b>	<input type="text"/>	<b>Ergebnis:</b> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
<input type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input type="checkbox"/> internes Instrument	<b>Name des Instrumentes:</b>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> externes Instrument	<b>Name Anbieter / Auswertungsinstanz:</b>	<input type="text"/>



### D3 Weitere Qualitätsindikatoren



<b>Messthema</b>	<b>Geburt/Seccio (Verein Outcome)</b>
------------------	---------------------------------------

**Messung im Berichtsjahr 2009**

<b>Spitalgruppen:</b> an welchen Standorten?	<b>GZO AG Spital Wetzikon</b>
--	-------------------------------

<b>Gemessene Abteilungen:</b>	<b>Frauenklinik</b>	<b>Ergebnis:</b>	Im Untersuchungszeitraum zwischen Mai und Oktober 2009 wies das GZO das höchste Schwangerschafts- und Geburtenrisikokollektiv aller gemessenen Spitäler auf. Dies schlug sich in den einzelnen Outcome - Parameter, nicht aber in der Gesamtsektionsrate nieder, welche knapp unter dem Durchschnitt lag. Die Gesamtzufriedenheit der Frauen mit unserem Spital war dennoch sehr hoch. Für überdurchschnittliche Outcome- und Zufriedenheitswerte werden persönliche oder teambezogene Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet.
-------------------------------	---------------------	------------------	---

- Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

**Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009**

<input type="checkbox"/> internes Instrument	<b>Name des Instrumentes:</b>	<b>Fragebogen</b>
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	<b>Name Anbieter / Auswertungsinstanz:</b>	<b>Verein Outcome</b>

<b>Messthema</b>	<b>ACS (Verein Outcome)</b>
------------------	-----------------------------

**Messung im Berichtsjahr 2009**

<b>Spitalgruppen:</b> an welchen Standorten?	<b>GZO AG Spital Wetzikon</b>
--	-------------------------------

<b>Gemessene Abteilungen:</b>	<b>Medizin</b>	<b>Ergebnis:</b>	
-------------------------------	----------------	------------------	--

- Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

**Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009**

<input type="checkbox"/> internes Instrument	<b>Name des Instrumentes:</b>	<b>Fragebogen</b>
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	<b>Name Anbieter / Auswertungsinstanz:</b>	<b>Verein Outcome</b>



## D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung



### Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich <sup>1</sup>	Erfassungsgrundlage <sup>2</sup>	Status <sup>3</sup>
<b>Bemerkungen</b>			

#### Legende:

- <sup>1</sup> **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend  
**B**=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.  
**C**=einzelne Abteilung
- <sup>2</sup> **A**=Fachgesellschaft  
**B**=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE  
**C**=betriebseigenes System
- <sup>3</sup> **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr  
**B**=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009  
**C**=Einführung im Berichtsjahr 2009





# E

## Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

### E1 Pflegeindikatoren

#### E1-1 Stürze



<b>Definition des Messthema „Sturz“</b>			
<b>Messung im Berichtsjahr 2009</b>			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	GZO AG Spital Wetzikon		
Gemessene Abteilungen:	alle		
<b>Ergebnis gesamt:</b>	<b>2.43%</b>	Anteil mit Behandlungsfolgen: <b>31%</b>	Anteil ohne Behandlungsfolgen: <b>69%</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

<b>Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Elektronische Erfassung (Sturzprotokoll) im KIS (Phoenix)
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	Direktion Pflege

#### E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



<b>Messung im Berichtsjahr 2009</b>			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Dekubitus (Messung Verein Outcome)		
Gemessene Abteilungen:	alle		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 40%;"> <b>Ergebnis gesamt:</b>                  Die Werte der Messung zeigen sehr gute Resultate. Fast alle Werte liegen unter dem Durchschnitt der gemessenen Spitäler und zeigen somit eine gute Dekubitusprophylaxe.             </td> </tr> </table>			<b>Ergebnis gesamt:</b> Die Werte der Messung zeigen sehr gute Resultate. Fast alle Werte liegen unter dem Durchschnitt der gemessenen Spitäler und zeigen somit eine gute Dekubitusprophylaxe.
	<b>Ergebnis gesamt:</b> Die Werte der Messung zeigen sehr gute Resultate. Fast alle Werte liegen unter dem Durchschnitt der gemessenen Spitäler und zeigen somit eine gute Dekubitusprophylaxe.		
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.			

Entstehungsort der Dekubiti	Werte (quantitativ)				
	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung	30				
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.	23	4	11	3	0
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen	Diskussion der Resultate und möglicher Massnahmen in der Qualitätskommission				
<input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.					

<b>Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009</b>		
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	Verein Outcome



## E2 Weitere Qualitätsindikatoren

### E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

<b>Messthema</b>		<b>Qualitätssicherung Radiologie</b>	
<b>Messung im Berichtsjahr 2009</b>			
<b>Spitalgruppen:</b> an welchen Standorten?			
<b>Gemessene Abteilungen:</b>	<b>Radiologie</b>	<b>Ergebnis:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
<b>Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	<b>Name des Instrumentes:</b>	Fragebogen	
<input type="checkbox"/> externes Instrument	<b>Name Anbieter / Auswertungsinstanz:</b>	Institutsleitung	

<b>Messthema</b>		<b>ASF Statistik</b>	
<b>Messung im Berichtsjahr 2009</b>			
<b>Spitalgruppen:</b> an welchen Standorten?		<b>GZO Spital Wetzikon</b>	
<b>Gemessene Abteilungen:</b>	<b>Gynäkologie</b>	<b>Ergebnis:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
<b>Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009</b>			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	<b>Name des Instrumentes:</b>	Elektronisches Formular	
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	<b>Name Anbieter / Auswertungsinstanz:</b>	Sevisa AG	



## F Verbesserungsaktivitäten



Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) zu finden.

### F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Ganzes Spital	HQuality	2006		Verband Zürcher 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

### F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Ganzes Spital	CIRS		fortlaufend
Ganzes Spital	Einheitliches Projektmanagement	Regelmässige Statusberichte, Projektportfolio Management	
Kliniken	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
Ganzes Spital	Konzeption, Schulung und Überwachung von Hygienemassnahmen	Patientensicherheit, Mitarbeitersicherheit	fortlaufend
Ganzes Spital	Beschwerdemanagement	Patientenzufriedenheit	fortlaufend
Ganzes Spital	Strategieentwicklung und Zielsetzungsprozess	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit, Effizienzsteigerung	fortlaufend
Kliniken	Verschieden Outcome Messungen	Effizienzsteigerung, Patientensicherheit	fortlaufend
Kliniken	Beteiligung an verschiedenen nationalen Datenerfassungen,	Effizienzsteigerung, Patientensicherheit	fortlaufend



	Registern und Qualitätserhebungen		
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 $\leq 16$ ), 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
------------	---------------------	---	-------------

### F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Notfallstation	Verein Outcome Messung "emerge - sichere und schnelle Hilfe in der Notfallstation"	Effizienzsteigerung, Patientensicherheit	06.04.2010 bis 28.05.2010
Kliniken	Verein Outcome Messung OPF Patientenfragebogen	Patientenzufriedenheit,	01.03.2010 bis 23.05.2010
Kliniken	Verein Outcome Messung Zuweiserbefragung	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit, Effizienzsteigerung Zuweiserzufriedenheit	05/2010 bis 06/2010
Medizin	Verein Outcome Messung ACS "Acutes Coronarsyndrom"	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit,	fortlaufend
Kliniken	Teilnahme an der SWISSNoso Messung "Nationales Wundprogramm zur Erfassung von postoperativen Wundinfektionen"	Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit,	Start 02/2010



## F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitlel	CIRS
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
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
Projektelevaluation / Konsequenzen	Nach der Evaluation verschiedener Systeme kam die Qualitätskommission der GZO AG zu dem Entschluss ein CIRS Meldesystem der Firma netränge 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.
Weiterführende Unterlagen	Siehe auch <a href="http://www.meldeportal.ch">www.meldeportal.ch</a>



## Schlusswort und Ausblick



### Schlusswort

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

### Ausblick 2010

#### Verein Outcome

Auch im Jahr 2010 werden wir wieder Messungen mit dem Verein Outcome durchführen. In 2010 sind folgende Messthemen geplant:

- a. Pflichtmessung 1 „*TP01 Sturzgefährdung*“:
- b. Pflichtmessung 2 „*OPF Patientenzufriedenheit*“:
- c. Pflichtmessung 3 „*KEF\_CH Zuweiserbefragung*“:
- d. Als diagnoseunabhängige Messung wurde die Messung „O02 Emerge – schnelle und sichere Hilfe auf dem *Notfall*“ ausgewählt.
- e. Als diagnoseabhängige Messung wird das Thema „*T04 acutes Coronarsyndrom ACS*“ weitergemessen.

#### SwissNoso

Ab dem 01.02.2010 werden wir mit der SwissNoso Messung beginnen. Dabei werden in die Untersuchung die elektiven Erst-Implantate von Kniegelenken, die Sectiones und die Operationen am Dickdarm einbezogen.

#### Gemeinsame Veröffentlichung der Qualitätsdaten

Im Jahr 2010 werden weitere Daten der VZK Spitäler gemeinsam veröffentlicht werden. Den Beginn hat die PEQ Messung gemacht. 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.



# H Impressum

## Herausgeber / Lesehilfe



H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern  
© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010  
Siehe auch [www.hplusqualite.ch](http://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](http://www.hplusqualite.ch) → Spital-Qualitätsbericht
- [www.hplusqualite.ch](http://www.hplusqualite.ch) → H+ Branchenbericht Qualität

## Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitätern im Kanton **Bern**) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch [http://www.gef.be.ch/site/gef\\_spa\\_qabe](http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_qabe)



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

## Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; frz: **Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques**) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

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







## Anhänge