

Gesundheitsversorgung
Zürcher Oberland – GZO



GZO AG
Spital Wetzikon
Spitalstrasse 66
Postfach
8620 Wetzikon



Akutsomatik

Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

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



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

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/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen des ANQs (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 E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an **Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen** (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die **interessierte Öffentlichkeit**.

Bezeichnungen

Um die **Lesbarkeit des Qualitätsberichts** 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.

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	3
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012	3
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	4
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
C1	Angebotsübersicht	5
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	7
D	Zufriedenheitsmessungen	8
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	8
D2	Angehörigenzufriedenheit	10
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	11
D4	Zuweiserzufriedenheit	12
E	ANQ-Indikatoren	13
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik.....	13
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	14
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	15
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNoso	16
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	18
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	20
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012	21
F1	Weiteres Messthema	21
G	Registerübersicht	22
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	24
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	24
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	24
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	27
I	Schlusswort und Ausblick	28
J	Anhänge	29

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 2012 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.

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 (ehemals Verein Outcome, neu hcri AG). 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. Zum 01.08.2011 sind wir dem ANQ Qualitätsvertrag beigetreten und haben führen seit 2011 die Patientenzufriedenheitsmessung, als auch die Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus im Rahmen der Qualitätsvereinbarung mit dem ANQ durch. Seit 2012 erfassen wir auch die Implantate im Schweizerischen Implantatregister SIRIS.

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 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

Eines der Hauptthemen im Jahr 2012 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

Seit Februar 2010 beteiligen wir uns an der Erfassung 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 2012 haben wir ca. 250 Fälle dokumentiert.

Folgende weitere Themen wurden schwerpunktmässig behandelt:

1. Weiterführung der Pflichtmessung der GD, durchgeführt mit der hcri AG
2. Auswertung der verschiedenen Outcome Messungen aus dem Jahr 2011 (Acutes coronares Syndrom, Anästhesiologische Komplikationen, Schmerzmanagement, elektiver Eintritt)
3. Weiterführung der internetbasierten Veröffentlichung der Outcome/hcri Messung:
4. Durchführung des ANQ – Messthemenkataloges (Sturz und Dekubitus, Patientenzufriedenheit, SwissNoso, Einführung der Teilnahme am Schweizer Implantatregister SIRIS

Weiter wurden 2012 folgende Messungen mit hcri /AMIS durchgeführt:

- 1) Outcome Messungen: Acutes coronares Syndrom

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

Betreiben eines CIRS Fehlermeldesystems und Anpassung an spezielle Bedürfnisse

Auswertung der SwissNoso - Messungen

Auswertung der Messungen des Verein Outcome / hcri sowie ANQ von 2011 mit Festlegung von Verbesserungsmassnahmen:

- 1) Patientenzufriedenheit aus dem Jahr 2011 und 2012
- 2) Anästhesiologische Komplikationen aus dem Jahr 2010
- 3) Schmerzmanagement aus dem Jahr 2011
- 4) Elektiver Eintritt aus dem Jahr 2011
- 5) Messung ACS aus dem Jahr 2011

Umstrukturierung und Erweiterung der Qualitätskommission

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- 1) Weiterer Ausbau des CIRS zu einen umfassenden Fehlermeldeportal einschliesslich Materio- und Hämovigilanz
- 2) Durchführung der Messungen des Verein Outcome / hcri, 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 gemäss Qualitätsvertrag

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

GESCHÄFTS-
LEITUNGSSTAB



☐	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	20 Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Dieter Michel	044-9342790	dieter.michel@gzo.ch	Ärztlicher Direktor
Dr. Guido Verhoek	044-9342600	guido.verhoek@gzo.ch	Chefarzt Radiologie
Dr. Hendrik Lohr (*)	044-9342650	hendrik.lohr@gzo.ch	Leiter Qualitätsmanagement GZO und Vorsitzender der Qualitätskommission GZO, Mitglied der Qualitätskommission des Vereins Zürcher Krankenhäuser (VZK) Koordinator der hcri Messungen Studienarzt SwissNoso ANQ Koordinator
Dr. Patrick Saudan	044-9342215	patrick.saudan@gzo.ch	Leitender Arzt Chirurgie
Dr. Andreas Kündig	044-9342500	andreas.kuendig@gzo.ch	Chefarzt Anästhesie
Dr. Silke Kenngott	044-9342348	silke.kenngott@gzo.ch	Kaderärztin Medizin
Frau Elisabeth Stirnemann	044-9342770	elisabeth.stirnemann@gzo.ch	Direktorin Betriebe
Herr Kurt Kaufmann	044-9342720	kurt.kaufmann@gzo.ch	Leiter Hotellerie
Herr Andrea Egli	044-9342355	andrea.egli@gzo.ch	Leiter Qualität Pflege
Frau Katharina Hefti	044-9342451	Katharina.hefti@gzo.ch	Leiterin Spitalhygiene

(*) = Ansprechpartner

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → GZO AG Spital Wetzikon → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe		
☐	Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	

C1 Angebotsübersicht

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

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☐ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)		
☐ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		
☐ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)		
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)	GZO AG Spital Wetzikon	Prof. Dr. R. Jenni
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	GZO AG Spital Wetzikon	Kooperation mit dem KSW
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	GZO AG Spital Wetzikon	
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)		Sportmedizin Dr. G. Büsser
☒ 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. U. Peter, 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 Schlössli 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 Schlössli AG, Ambulatorium Wetzikon
Physiotherapie	GZO AG Spital Wetzikon	
Psychologie		Clenia Schlössli AG, Ambulatorium Wetzikon
Psychotherapie		Clenia Schlössli AG, Ambulatorium Wetzikon

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	35266	35621	Anzahl Fälle
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener			Keine Angaben
Anzahl stationär behandelter Patienten,	10415	11001	Anzahl Austritte
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	879	873	Anzahl Austritte
Geleistete Pflegetage	65162	63713	Ohne Neugeborene
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	190	190	Ohne Neugeborene
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.37	6.3	Ohne Neugeborene
Durchschnittliche Bettenbelegung	95.4	91.9	Ohne Neugeborene

D

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 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .		
	Begründung	Siehe Patientenzufriedenheitsmessung ANQ	
☐	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Mecon	☐	
☐	Picker	Anderes externes Messinstrument	
☐	PEQ	Name des Instruments	Name des Messinstituts
☐	MüPF(-27)		
☐	POC(-18)		
☐	PZ Benchmark		
☐	Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instruments			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent			Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ 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 Beschwerde-Management oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Geschäftsleitung, Ärztlicher Direktor
Name der Ansprechperson	Dr. D. Michel
Funktion	Ärztlicher Direktor
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Zeiten: nach Vereinbarung, 044-9342790, dieter.michel@gzo.ch
Bemerkungen	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Siehe Kapitel H2			

D2 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?			
☒	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☐	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
☐	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☐ Ja

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

D3 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?			
☐	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	☐ Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.		
	☒ Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	83%	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Resultate wurden durch den entsprechenden Verantwortlichen durch valuequest präsentiert und liegen vor.		
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
☒	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Mitarbeiterbefragung 2012	Name des Messinstituts Valequest GmbH
☐	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeiter mit Ausnahme der Ausschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien	Lehrlinge, Praktikanten und Unterassistenten sowie Mitarbeiter in Probezeit oder in gekündigtem Arbeitsverhältnis		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		485		
Rücklauf in Prozent		76	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Werden noch erarbeitet			

D4 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?			
☐	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	☐ Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.		
	☒ Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...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
☐ Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
☐	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent			Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

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

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 ANQs 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.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: www.anq.ch

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.

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	☒	☐	☐
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNoso	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	☒	☐	☐
Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ	☒	☐	☐
SIRIS Implantat-Register	☒	☐	☐
Bemerkung			
SIRIS erst seit Mitte 2012			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®¹ 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: www.anq.ch und www.sqlape.com

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?					
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:					
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Interpretation ²
Intern	Extern				
					A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
☐	Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung		Start der Messung 2012			
Informationen für das Fachpublikum					
Auswertungsinstanz		Bundesamt für Statistik BFS ³			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)			
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.			
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)					
Bemerkung					
Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten					
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)		

¹ SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

² A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).
B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen.

³ 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 Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein 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. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?				
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Wertung der Ergebnisse ⁴
				A = gut B = normal C = muss analysiert werden

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐ Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	Teilnahme erst ab dem Jahr 2012

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ⁵

Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

⁴ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen.

⁵ 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 Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNoso

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

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 ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende 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 und www.swissnoso.ch

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Aktuelle Messergebnisse des Jahres 2012:				Vorjahreswerte	
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)	
☐ Gallenblase-Entfernungen			% ()	% ()	
☐ Blinddarm-Entfernungen			% ()	% ()	
☐ Hernieoperationen			% ()	% ()	
☐ Dickdarm (Colon)			% ()	% ()	
☒ Kaiserschnitt (Sectio)	89	0	% ()	% ()	
☐ Herzchirurgie			% ()	% ()	
☐ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen		Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.			
☐ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen					
☐ Magenbypassoperationen (optional)			% ()	% ()	
☐ Rektumoperationen (optional)			% ()	% ()	

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☒	Die Messung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine weiteren Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
	Begründung

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	SwissNoso

⁶ 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.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabelle mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁷ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Informationen für das Fachpublikum			
Messinstitution	Berner Fachhochschule		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre). (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent (Antwortrate)
Bemerkung			

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Aktuelle Messergebnisse des Jahres: 2012			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁸	
13	In Prozent	13.7	
☐ Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

⁷ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

⁸ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Sturzpräventionsmat.	weitere Anschaffung	Alle	Laufend
AG Mehrfachstürze	verhindern von Mehrfachstürzen.	Alle	2012

Dekubitus (Wundliegen)

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		2012	Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4		4	4.2
	ohne Kategorie 1		1	1
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1		2	2.1
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1		0	0
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1		2	2.1
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1		1	1

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Lagerung	Neue spez. Lagerungsmatrassen und Kissen werden angeschafft. (Repose)	Alle	2012

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 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.

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Chirurgie, Medizin und Gynäkologie

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.80	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.70	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.53	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.85	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.25	0 = nie 10 = immer

Bemerkungen	
☐	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut	Dezentrales Messinstitut
☒ hcrl AG	☒ hcrl AG
☐ MECON measure & consult GmbH	☐ MECON measure & consult GmbH
	☐ ESOPE
	☐ NPO PLUS
	☐ Stevamarco sagl
	☐ QM Riedo

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2012 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	- Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten		726	
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten		271	Rücklauf in Prozent 37

Bemerkung	
-----------	--

F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F1 Weiteres Messthema

Messthema	Patientenzufriedenheit ambulant Radiologie
Was wird gemessen?	Patientenzufriedenheit

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?

☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Radiologie

Messergebnisse

Patientenzufriedenheit	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012

☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instruments:	Onlinefragebogen
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	hcri AG Zürich

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle ambulanten Patienten	
	Ausschlusskriterien	Stationäre Patienten	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

G Registerübersicht

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

Nimmt der Betrieb an Registern teil?

☐ **Nein**, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil.

Begründung

☒ **Ja**, unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokardinfarkt und ACS in der CH)	A: AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	A seit 2008	B
AQC Daten für Qualitätssicherung	A: Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	A seit 2009	B
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A seit 1985	B
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin	A: SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	A seit 2008	B
Minimal Dataset SGAR	A: Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	C ab 2013	B
Schweizer Dialyseregister	A: Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	C ab 2013	B
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A: Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	B	
SIRIS ⁹ (Schweizer Implantat Register)	A: Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C ab 2012	B
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch	C ab 2013	B
SWISSSpine	A: Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch	B	

⁹ 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.

SWISSVASC Registry	A: Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	C ab 2012	B
Überregionales Krebsregister		B	
Bemerkung			

H

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 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
CO2 Reduktion		2010		Zertifikat der Energie-Agentur Wirtschaft
Sportmedizin	Swiss Olympic	2003		Swiss Sports Medical Base

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

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 Bodymassindex (BMI $\leq$ 16), c) Anämie-Patienten, d) Beatmete	fortlaufend

		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
Radiologie	Patientenzufriedenheit der ambulanten Patienten	Patientenzufriedenheit	Fortlaufend

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitel	
Bereich	☒ internes Projekt ☐ 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	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☒ 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 2013

CIRS

Das CIRS wurde um eine Lesefunktion für ausgewählte Mitarbeiter erweitert. Gleichzeitig wurden die Meldekreise umstrukturiert. Neu werden seit 2013 auch Materio- und Hämovigilanzfälle erfasst. Für 2013 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 Sectios und die Operationen am Dickdarm einbezogen. Bisher wurden im Jahr ca. 150 Fälle aufgenommen. Die elektiven Erst-Implantate von Kniegelenken wurden nur bis Ende 2012 erfasst. Neu werden seit 2013 auch die Appendektomien erfasst und dokumentiert. Eine Weiterführung der Messung und Auswertung der Daten ist für 2013 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

Die Daten für das Implantatregister SIRIS werden nach den Vorgaben des ANQ weiterhin erhoben.

Standardisierter Qualitätsbericht

Auch in diesem Jahr werden wir einen standardisierten Qualitätsbericht für das Jahr 2012 erstellen, der dann auf der Homepage von H+ veröffentlicht wird.

Der Veröffentlichung ist für den 30.06.2013 geplant.

Gemeinsame Veröffentlichung der Qualitätsdaten

Im Jahr 2010 wurden Daten der VZK Spitäler gemeinsam veröffentlicht werden. Den Beginn machte die PEQ Messung machen. Unter www.vzk-qualitaetsbericht.ch kann man sich einen ersten Eindruck verschaffen. Zusätzlich wird es möglich sein, ausgewählte Qualitätsdaten auf der neu zu erstellenden Homepage des GZO allen Benutzern zugänglich zu machen. Seit Sommer 2012 kann auch die Messung Austrittsmanagement und Zuweiserbefragung im Internet von allen Interessierten eingesehen werden. Eine weitere Veröffentlichung von ausgewählten Messungen ist geplant.

J

Anhänge

ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans hôpitaux et les cliniques
CIRS	Critical Incident Reporting System
FASMED	Dachverband der Schweizerischen Handels- und Industrievereinigungen der Medizintechnik
FLP	Finanzleistungsplan
GD	Gesundheitsdirektion
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GL	Geschäftsleitung
GZO	Gesundheitsversorgung Züricher Oberland
H+	Verband der Schweizerischer Spitäler
hcri	health care research institute
IV	Invaliditätsversicherung
IVQ	Interkantonaler Verein für Qualitätssicherung und –förderung
KIQ	Nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
MTK	Medizinaltarif-Kommission
MV	Militärversicherung
PEQ	Patient`s Experience Questionnaire
QK	Qualitätskommission
SGOT	Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
SIRIS	Schweizerisches Implantatregister
SQLape	Striving for Quality Level and Analysis of Patient Expenditures
Swiss DRG	Schweizer Version der Diagnosis Related Groups
SwissNoso	Schweizer Version des Surgical Site Infection Module
UV	Unfallversicherung
VZK	Verein der Züricher Krankenhäuser