



Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+



Akutsomatik

Spital Bülach
Spitalstrasse 24
8180 Bülach
www.spitalbuelach.ch

Freigabe am:
durch:

14.09.2015
Rolf Gilgen, CEO, Vorsitzender der Geschäftsleitung

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2014.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2014

Frau Dr. sc. nat.
Hedyeh Ghanbari
Qualitätsmanagerin
044 863 23 09
hedyeh.ghanbari@spitalbuelach.ch

Vorwort von H+ die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und gewissen kantonalen Messungen teil.

Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) werden Qualitätsmessungen in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungs-qualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2014 das zweite nationale Pilotprogramm „progress! Sichere Medikation an Schnittstellen“. Ziel ist es, die Patientensicherheit bei der medikamentösen Therapie an Behandlungsschnittstellen zu verbessern. 2013 startete die Stiftung bereits ein Programm, das auf die Sicherheit in der Chirurgie fokussiert ist. Die beiden Programme sind Bestandteile der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in diesem Bericht publizierten Resultate der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messresultate zwischen den Betrieben sind gewisse Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum einen sollte das Leistungsangebot (vgl. C2) ähnlich sein. Ein Regionalspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messresultate unterschiedlich zu werten sind. Zum anderen die Spitäler und Kliniken verschiedene Messinstrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebungsmethodik und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014	2
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	3
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
C1	Kennzahlen 2014	4
C2	Angebotsübersicht	4
D	Zufriedenheitsmessungen	5
D1	Patientenzufriedenheit	5
D2	Angehörigenzufriedenheit	7
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	8
D4	Zuweiserzufriedenheit	9
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	10
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	10
E1-1	Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	11
E1-2	Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	12
E1-3	Messung der Wundinfektionen nach Operationen	13
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus	15
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik	18
E1-6	SIRIS Implantatregister	20
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014	21
F1	Infektionen (andere als mit ANQ / Swisnoso)	21
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)	22
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)	23
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	24
F5	Dauerkatheter	25
G	Registerübersicht	26
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	28
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	28
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	29
I	Schlusswort und Ausblick	29

A

Einleitung

Das Spital Bülach sichert mit seinen 220 Betten die medizinische Versorgung von etwa 160'000 Menschen im Zürcher Unterland. Jährlich werden etwas mehr als 10'000 stationäre und ca. 50'000 ambulante Patientinnen und Patienten behandelt und betreut. Jedes Jahr kommen im Spital Bülach rund 1'500 Babys zur Welt.

Die Bereiche Chirurgie, Medizin, Frauenklinik, Urologie, Orthopädie, Radiologie, Anästhesie, Pädiatrie, Neonatologie, alle Pflegeabteilungen und das MRI Zentrum ermöglichen den Patientinnen und Patienten eine hochstehende medizinische und pflegerische Behandlung in ihrer vertrauten Region.

Das Qualitätsmanagement hat im Spital Bülach eine zentrale Bedeutung und wird von der Geschäftsleitung getragen. Mit strukturierten Messungen, Befragungen und Datenerhebungen werden Stärken und Verbesserungspotentiale aus der Sicht der Kunden (z.B. Patienten und Angehörige) und Partner (z.B. Zuweiser) sowie der Outcome von medizinischen und pflegerischen Prozessen ermittelt. Die Qualitätsziele dienen auch der Prävention von Fehlern. Zur Überwachung der Prozesse werden Qualitätsdaten erfasst und ausgewertet (Dekubiti, Stürze von Patienten, nosokomiale Infektionen, Komplikationen, Arzneimittelnebenwirkungen, usw.) und interne Audits durchgeführt. In einzelnen Bereichen wird gemäss externen Qualitätsstandards und Guidelines gearbeitet und Daten werden in nationalen Registern erfasst.

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

- Wir legen unsere Qualitätsziele aufgrund anerkannter Standards fest und stellen deren Erreichung sicher.
- Die Erhaltung und kontinuierliche Verbesserung unserer Leistungsqualität stehen im Zentrum unseres Handelns.
- Wir fördern innovative Lösungen für die zukunftsorientierte Entwicklung unseres Spitals.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014

- Erfolgreiche IVR-Rezertifizierung vom Rettungsdienst bis im Jahr 2018 (Anerkennung durch Interverband für Rettungswesen), inkl. Überarbeitung aller relevanten Dokumente
- Erfolgreiche Validierung der Swissnoso-Daten für die Erfassung der postoperativen Wundinfektionen
- Gründliche Überarbeitung sowie Ersterstellung von zahlreichen Organisationsdokumenten zur Vorbereitung der Zertifizierung des Kompetenzzentrums Palliative Care nach dem Qualitätslabel „Qualität in Palliative Care“

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

Ausgewählte Themen und Projekte:

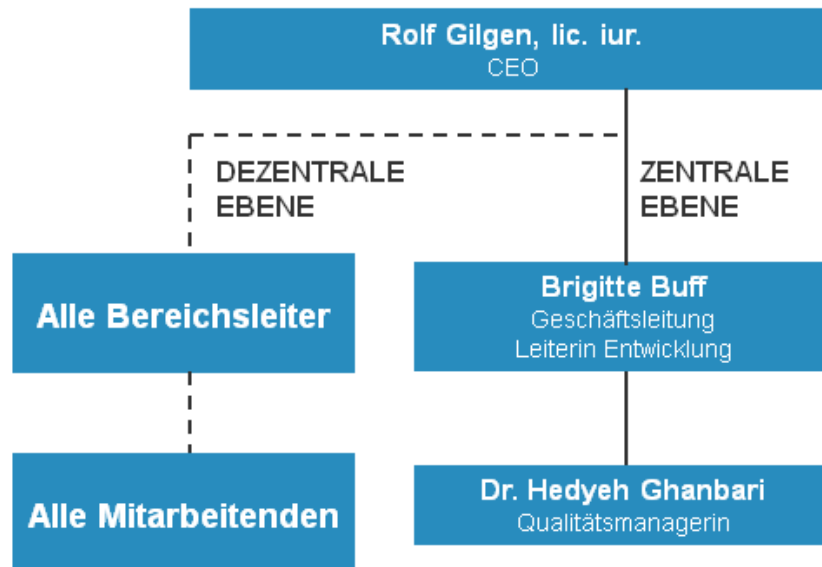
- Genehmigung eines spitalübergreifenden Verhaltens-Codex: Richtlinien für Verhalten gegenüber Kunden, Geschäftspartnern sowie Mitarbeitern
- Entwicklung eines Konzepts zur Einführung von Qualitätsverantwortlichen auf jeder Pflegeabteilung
- Projekt für Patientenpfade zur Optimierung der Prozesse und der Behandlungsqualität (Entwicklung des Patientenpfades zur Hüftgelenks-Totalprothese-Operation)
- Überarbeitung vom OP-Statut (Struktur und Rahmenbedingungen für den OP-Bereich) und von OP-Kennzahlen
- Verbesserung des Prozesses der Patientenverfügungen
- Vertragsabschluss mit externem telefonischem Dolmetscherdienst zur Überbrückung von sprachlichen Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen
- Einführung einer interdisziplinären diabetischen Fussprechstunde zur Erarbeitung präventiver Behandlungsstrategien für Patienten mit diabetischem Fuss-Syndrom (verbesserte Qualität der Gesamtbehandlung bei geringerem Aufwand)
- Installation eines Systems zur telemedizinischen Visualisierung (Austausch von Informationen per Audio, Video und Bild mit anderen Spitälern)
- Erarbeitung eines Reglements für das Betten-Management: Grundlagendokument mit Überblick über den Handlungsspielraum in der Unterbringung der Patienten im Spital Bülach
- Optimierung des Prozesses NPWT (Negative Pressure Wound Therapy): Verantwortungen im Haus neu definiert und Eigenverantwortung des Patienten mit in den Prozess eingearbeitet
- Erarbeitung einer Weisung zum Vorgehen bei Verdacht auf Ebola
- Neue Weisung zum Umgang mit Aggressionen
- Befragung und Benchmarking zur Überprüfung der Ausbildungsqualität von FaGe, Pflege HF und Hebammen (Grundbildung/Tertiärstufe Gesundheitsberufe)
- Überarbeitung der Richtlinie für die Verlegung der Patienten nach der Anästhesie
- Durchführung des ersten internen Audits im Spitallabor
- Erfolgreiches Audit im Blutspendedienst durch die Firma Baxter
- Erfolgreiches Audit zum Thema Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (H+-Branchenlösung)
- Hohe Zufriedenheit mit zusätzlichen Patienten- und Angehörigenbefragungen in der Radiologie bzw. in der Intensivpflegestation gemessen

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Ausgewählte Themen und Projekte:

- Zertifizierung des Kompetenzzentrums Palliative Care vom Spital Bülach nach dem Qualitätslabel „Qualität in Palliative Care“ in 2015
- Weiterer Aufbau des Handbuchs für die Spitalapotheke
- Weiterer Aufbau des Konzeptes für das Schmerzmanagement

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



☐	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	100% Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. sc. nat. Hedyeh GHANBARI	044 863 23 09	hedyeh.ghanbari@spitalbuelach.ch	Qualitätsmanagerin

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Spitalgruppe			
☒ Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	mit folgenden Fachbereichen:		
	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
Bülach	☒	☐	☐

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht:

[Jahresbericht](#)

C1 Kennzahlen 2014

--
Bemerkungen
Die Kennzahlen 2014 sind im aktuellen Jahresbericht auf der Seite 7 ersichtlich

C2 Angebotsübersicht

Der aktuelle Leistungskatalog des Spitals Bülach kann unter folgendem Link als PDF heruntergeladen werden: [Leistungskatalog](#)

D1 Patientenzufriedenheit

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

Für den nationalen Vergleich hat der Nationale Verein für Qualitätsentwicklungen in den Spitälern und Kliniken (ANQ) ein Kurzfragebogen konzipiert, der in der Akutsomatik und Rehabilitation eingesetzt wird. Die Messergebnisse und/oder Verbesserungsaktivitäten sind im Modul E dokumentiert.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐ Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .			
Begründung	--		
☒ Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
☒ Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
☐ Im Berichtsjahr 2014 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 Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	--
Messergebnisse der letzten Befragung			
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.2	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.1	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.2	0 = nie 10 = immer	
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.0	0 = nie 10 = immer	
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.4	0 = nie 10 = immer	
Wie beurteilen Sie die Sauberkeit?	9.1	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
Wie beurteilen Sie das Essen?	8.3	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet	
☐ Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:			--
☐ 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).			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Auswertungen wurden quartalsweise durchgeführt. Die Ergebnisse sprechen für eine stabile hohe Patientenzufriedenheit. Die Messergebnisse werden jeweils mit denjenigen aus der nationalen Patientenbefragung (ANQ) verglichen. Siehe Kapitel E1-5. Somit ist bei den 5 ersten Fragen der Vergleich mit dem Mittelwert der Schweizer Spitäler möglich.

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

☐ Mecon ☐ Picker ☐ PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18) ☐ PZ Benchmark	☐ Anderes externes Messinstrument Name des Instruments: -- Name des Messinstituts: --
☒ Eigenes, internes Instrument	ANQ5+-Befragung
Beschreibung des Instruments	5 ANQ-Standardfragen, 2 spitaleigene Fragen, freie Textkommentare Auswertung durch hcri AG

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle interessierten stationären Patienten		
	Ausschlusskriterien	--		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		1'850		
Rücklauf in Prozent		37.6%	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?

☐ Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.	
☒ Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.	
Bezeichnung der Stelle	Zentrale Beschwerdestelle
Name der Ansprechperson	Dr. sc. nat. Hedyeh Ghanbari
Funktion	Qualitätsmanagerin
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	044 863 23 09 hedyeh.ghanbari@spitalbuelach.ch Mo - Fr 08:00 - 17:00
Bemerkungen	Das Beschwerdemanagement ist im Qualitätsmanagement integriert.

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 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	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 Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	Intensivpflegestation	
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse	
Gesamter Betrieb	--	--	
☐ Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:			
☐ Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☒ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Kleine Datenmenge		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Es wurde eine allgemein hohe Angehörigenzufriedenheit gemessen. Kein gesamter Zufriedenheits-Wert berechnet, da kleine Datenmenge.			
Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐ Externes Messinstrument			
Name des Instruments	--	Name des Messinstituts	--
☒ Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments	Interner Fragebogen mit Fragen zum ärztlichen Bereich, Betreuung durch Pflegepersonal, Besuchszeiten, usw.		
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien	Interessierte Angehörigen	
	Ausschlusskriterien	--	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		k. A.	
Rücklauf in Prozent	k. A.	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja

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 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
☒ Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	offen

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb	--	--
☐ Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert: --		
☐ Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung	--	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
--

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☒ Externes Messinstrument			
Name des Instruments	VZK-Fragebogen	Name des Messinstituts	Qualis Evaluation GmbH
☐ Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments	--		

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung	--	
☒	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	☒	Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☐	Im Berichtsjahr 2014 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 Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen: --

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb	--	--
☐	Die Ergebnisse wurden bereits im folgenden Qualitätsbericht publiziert. --	
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☒	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	Kleine Datenmenge
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Die Ergebnisse sprechen insgesamt für eine hohe Zufriedenheit der zuweisenden Ärzte und sind vergleichbar mit denjenigen der Messung von 2009. Beispielsweise gaben die Zuweiser an, dass das Spital mit modernen Untersuchungsgeräten ausgestattet ist und moderne medizinische Behandlungsmethoden anwendet. Die Befragung weist auf Verbesserungspotenzial hauptsächlich beim Einbezug durch die Ärzte der Fachabteilung hin, wobei ein positiver Trend in Bezug auf die Berücksichtigung der Behandlungswünsche ersichtlich ist.

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☒	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Zuweiserbefragung KEF_CH (Grundlage: Kölner Einweiser Fragebogen)	Name des Messinstituts hcri AG
☐	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments	--	

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Alle Zuweiser, die mindestens 2 stationäre Patienten pro Jahr zuweisen (Referenz: 2013), inkl. Hausärzte Notfallpraxis	
	Ausschlusskriterien	Keine Belegärzte	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		45	
Rücklauf in Prozent		20%	Erinnerungsschreiben? ☐ Nein ☒ Ja



Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	☒	☐	☐
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	☒	☐	☐
Messung der postoperativen Wundinfektionen	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Sturz	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus	☒	☐	☐
Nationale Patientenbefragung	☒	☐	☐
SIRIS Implantatregister	☒	☐	☐
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der Wundinfektionen nach Blinddarm-Entfernungen	☒	☐	☐
Prävalenzmessung Dekubitus	☒	☐	☐
Nationale Elternbefragung	☐	☒	☐
Bemerkungen			
Das Spital Bülach hat keine Kinderabteilung, ausschliesslich eine Neonatologie.			

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

E1-1 Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				2013
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ¹ A, B oder C
Intern	Extern			
3.50%	0.55%	4.27%	3.93% - 4.61%	B
☐ Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .				
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung	--			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Ergebnisse sind im normalen Bereich (Verhältnis beobachtet/erwartet: 0.95)

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl auswertbare Austritte		7'486
Bemerkung		-

¹ 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. Diese Fälle sollten analysiert werden.

E1-2 Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei werden Routinedaten aus der Spitalstatistik herangezogen. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			2013
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ² A, B oder C
1.59%	1.99%	1.79% - 2.20%	A
☐ Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .			
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	-		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Reoperationsrate ist vergleichbar zu denjenigen von 2011 und 2012 und tiefer als erwartet (Verhältnis beobachtet/erwartet: 0.80).

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechenden Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

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 auswertbare Operationen		4'209
Bemerkungen		-

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 Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

E1-3 Messung der Wundinfektionen nach Operationen

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperativer Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blindarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind ab dem 1. Oktober 2014 verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Eingriffe mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen) erfolgen zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2013 – 30. September 2014					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektions-messungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen (N)	Infektions-rate %	Vertrauens-intervall ³ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauens-intervall CI = 95%)
☒ Gallenblase-Entfernungen	--	--	--%	--	--% (--)
☒ Blinddarm-Entfernungen	--	--	--%	--	--% (--)
☒ Blinddarm-Entfernungen bei Kinder und Jugendlichen	--	--	--%	--	--% (--)
☒ Hernienoperationen	--	--	--%	--	--% (--)
☒ Dickdarmoperationen (Colon)	--	--	--%	--	--% (--)
☐ Kaiserschnitt (Sectio)	--	--	--%	--	--% (--)
☐ Gebärmutter-entfernungen	--	--	--	--	--
☐ Wirbelsäulenchirurgie	--	--	--	--	--
☐ Magenbypass-operationen	--	--	%	--	--% (--)
☐ Rektumoperationen	--	--	%	--	--% (--)
☒ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung	In der Zeitperiode 1. Oktober 2013 – 30. September 2014 wurden im Spital Bülach die Colon-Operationen, Appendektomien, Cholezystektomien, und Hernien-Operationen erfasst. Die Ergebnisse des Spitals werden auf nationaler Ebene gegen Ende 2016 veröffentlicht.				

³ 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.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2014 (1. Oktober 2013 – 31. September 2014) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wundinfektionen (N)	Infektions-rate %	Vertrauensintervall ⁴ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Herzchirurgie	--	--	--%	--	--% (--)
☐ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	--	--	--%	--	--% (--)
☐ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	--	--	--%	--	--% (--)
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung	Keine der obengenannten Eingriffe wurde in der Zeitperiode 1. Oktober 2012 – 30. September 2013 erfasst.				

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Die Swissnoso-Ergebnisse, inkl. Trends, werden jeweils genau von der Spitalhygiene analysiert und intern kommuniziert. Empfehlungen werden abgegeben und geeignete Massnahmen werden zusammen mit dem Bereich Chirurgie eingeleitet.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blindarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Bemerkungen	--	

⁴ 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.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene.

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems)

Stürze

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten im Spital vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Deskriptive Messergebnisse 2014			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind. ⁵	2	In Prozent	1.83%
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	--		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Es sind prozentual weniger Patienten gestürzt als in 2013 (4.38%). Unsere Präventionsmassnahmen umfassen generell: Monitoring der Sturzfälle, stichprobenartige Fallanalysen, Umsetzen des Sturzmanagements. Für 2016 ist die Aktualisierung des Sturzkzeptes geplant.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.ang.ch.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), 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, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten	78	Anteil in Prozent (Antwortrate)	69.02%
Bemerkungen	Es waren signifikant weniger Patienten hospitalisiert als in 2013 (n=150).		

⁵ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

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.

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus (N = 78)	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	3	3.84%
	ohne Kategorie 1	1	1.28%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	3	3.84%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	1	1.28%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus (N = 4)	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	1	25%
	ohne Kategorie 1	0	0%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	1	25%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%

☐	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	--

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Es sind prozentual weniger Dekubiti als in 2013 (6.14%, Kategorie 1-4).

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, inter-mediate care), 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.	
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	- Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene	78	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	69.02%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche	4	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	100%
Bemerkungen	Das Spital Bülach hat keine Kinderabteilung, ausschliesslich eine Neonatologie (6 Betten), welche zum ersten Mal in die Messung einbezogen wurde. Siehe auch Bemerkung im Kapitel „Stürze“.		

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik

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.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ⁶ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.00	8.76 – 9.24	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.90	8.70 – 9.10	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.99	8.76 – 9.22	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.63	8.38 – 8.88	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.15	8.94 – 9.37	0 = nie 10 = immer
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	--		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Die Ergebnisse der einzelnen Fragen bewegen sich auf einem sehr hohen Zufriedenheitsniveau. Siehe auch D1 (Dauermessung der Patientenzufriedenheit): die Befragung einer grösseren Anzahl Patienten bestätigt die hohe Zufriedenheit.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

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.

Angaben zur Messung			
Auswertungsinstitut		hcri AG und MECON measure & consult GmbH	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2014 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten		675	
Anzahl eingetroffener Fragenbogen		262	Rücklauf in Prozent 38.8%
Bemerkungen		--	

E1-6 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

Messergebnisse

Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch

Bemerkungen

Der Bericht über das 2. Erfassungsjahr 2013 des SIRIS Registers steht zur Verfügung, jedoch ohne spitalspezifische Auswertung. Sollte sich die Datenqualität als ausreichend gut erweisen, können ab Bericht des Erfassungsjahres 2014 erste analytische Ergebnisse aus dem SIRIS dargestellt werden.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFM)
---------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantaten
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkungen		--



Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014

F1 Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso)

Messthema	Infektionen (andere als mit Swissnoso)
Was wird gemessen?	Infektionen im Zusammenhang mit der Behandlung oder dem Spitalaufenthalt werden unter anderem auch bei den folgenden im Spital Bülach eingesetzten Datenerhebungen erfasst: • ASF - Statistik der Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken • SGIM - Komplikationenliste der Chefärztevereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin • AQC - Statistik der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)
Was wird gemessen?	Die Sturzereignisse werden mittels ausgefüllten Sturzprotokolle im KIS erfasst (Anzahl Stürze während Spitalaufenthalt). Die systematische präventive Erfassung der potentiellen Sturzgefährdung von allen Patienten und ausführliche Protokollierung von Stürzen liefert wertvolle Hinweise für patientenbezogene, individuelle Sturzpräventivmassnahmen.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	--
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	In allen Fachbereichen / Abteilungen, ausgenommen Geburtshilfe, Wochenbett und Neonatologie.

Messergebnisse		
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Verletzungen	Anzahl ohne Verletzungen/ Behandlungsfolge
273	88 mit Verletzungen (inkl. leichte bis schwere Verletzungen), bei der Datenerhebung Mehrfachnennung möglich.	185
☐ Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung	--	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Sturzrate 6.05 (Anzahl Stürze pro 1000 Pflgetage). Die Präventionsmassnahmen umfassen generell: Monitorisieren der Sturzfälle, stichprobenartige Fallanalysen, Umsetzen des Sturz-Präventions-Managements. Für 2016 ist die Aktualisierung des Sturz-Präventions-Konzeptes geplant. (Siehe auch Prävalenzmessung Modul „Stürze“)

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Sturzprotokoll
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten aus den Bereichen: Bettenstationen, Notfall, IPS, Tagesklinik
	Ausschlusskriterien	Alle anderen Bereiche
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		243
Bemerkungen		--

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)
Was wird gemessen?	Vorhandene und neu entstandene Dekubiti, inkl. Schweregrad, werden zur Dekubitusprophylaxe erfasst. Zurzeit wird jedoch keine Messung der Dekubiti durchgeführt. Diese ist ab dem Jahr 2016 mit dem neuen KIS-System geplant.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	--
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	--

Messergebnisse	
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt
--	--
☐ Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	--
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Im Jahr 2014 wurde die Qualität und Funktionalität der Lagerungsmaterialien überprüft und das Dekubitus-Präventions-Konzept wurde entsprechend überarbeitet.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	--
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	--
	Ausschlusskriterien	--
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		--
Bemerkungen		--

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Intensität von Isolation und Fixierung (Intensität = Häufigkeit * Dauer pro Fall) sowie Dokumentation der Häufigkeit von Zwangsmedikation oral, Zwangsmedikation Injektion, Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und Sicherheitsmassnahmen im Bett.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	--
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	--

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Ein Konzept über den Umgang mit Freiheitsbeschränkenden Massnahmen wird im Jahr 2016 aufgesetzt.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	--
☐ Das Instrument wurde im Rahmen einer ANQ Messung eingesetzt.	Name des Instruments:	☐ EFM ☐ Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen (LPZ)
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	--
	Ausschlusskriterien	--
Bemerkungen	--	

F5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter Keine Messung, aber der Einsatz von Dauerkathetern wird in der Patientendokumentation erfasst.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	--
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	--

Messergebnisse	
Dauerkatheter	
--	
☐ Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	--
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
--

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	--
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	--
	Ausschlusskriterien	--
Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten		--
Bemerkungen		--

Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitäts-sicherung 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 Unser Betrieb an Registern teil?	
☐	Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil.
Begründung	--
☒	Ja , unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2007	Bülach
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2000	Bülach
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	k.A.	Bülach
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	➤ 10 J	Bülach

MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	k.A.	Bülach
MIBB Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	2006	Bülach
SAfW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	2012	Bülach
SGIM Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin	Allgemeine Innere Medizin (Komplikationenliste)	SGIM www.sgim.ch	k.A.	Bülach
Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13	2013	Bülach
Krebsregister	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	www.krebsregister.usz.ch	k.A.	Bülach
Bemerkung				
Weitere Datenregister: SIRIS (siehe E1-6) // Swissnoso (siehe E1-3)				

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
HQuality	Ganzes Spital	2010	2013	--
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Rettungsdienst	2009	2014	--
UNICEF Zertifizierung Stillfreundliche Klinik	Wochenbett, Geburtsabteilung	2008	--	Derzeit pausiert
Swiss Association for Woundcare (SAfW)	Wundbehandlung	2010	--	Derzeit pausiert
Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	Intensivpflegestation	2000	2012	Rezertifizierung nur bei grösseren strukturellen oder baulichen Änderungen notwendig
Schweizerische Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation (SAKR)	Ambulante Herz-Rehabilitation	2012	--	--
Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED)	Diabetes Rehabilitation (DIAfit)	2012	--	Jährliche Verlängerung der Zertifizierung aufgrund Datenerhebung
Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung	Kompetenzzentrum Palliative Care	--	--	Zertifizierung in 2015

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit), welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden (**nur eine Auswahl**).

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
KISIM	Einführung eines neuen Klinik Informationssystems	Ganzes Spital	2013 - 2016
Organisationsdokumente	Harmonisierung der Handhabung von Richtlinien, Weisungen, Konzepten, usw. Verwendung einer einheitlichen Vorlage und periodische Überarbeitung	Ganzes Spital	Dauernd
WHO-Sicherheitscheckliste	Vermeidung von Eingriffverwechslungen	Chirurgie	Dauernd
Hygiene-Tests	Überprüfung der Instrumentenreinigungs-Prozedur (→ „White List“ der Praxen und Spitäler)	Endoskopie	Dauernd
Messung der Rückzugsgeschwindigkeit	Verbesserung der Polypendetektionsrate	Endoskopie	Dauernd

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein CIRS?
Begründung	--
☒	Ja , unser Betrieb hat 2009 ein CIRS eingeführt.
☒	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.
Bemerkungen	CIRS-Reglement und -Handbuch vorhanden

I Schlusswort und Ausblick

Das Spital Bülach wird auch in den nächsten Jahren Qualitätsindikatoren durch regelmässige obligatorische und freiwillige Messungen verfolgen und entsprechende Verbesserungsmassnahmen einleiten. Dabei werden die Patientenzufriedenheit und –Sicherheit Schwerpunkte bleiben. Die Entwicklung der Messpläne und Qualitätsprogramme verschiedener Organisationen (ANQ, VZK, Patientensicherheit Schweiz, usw.) wird beobachtet und das Spital Bülach wird sich aktiv daran beteiligen.

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

H+ Die Spitäler der Schweiz

Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.



Die Qualitätsmessungen des ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW).