

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

30.06.17
Bruno Letsch, Vorsitzender der Geschäftsleitung

Version 1

Spitalzentrum Biel AG

www.spitalzentrum-biel.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2016.

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 Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot 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 Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Herr
Michael Stettler
Leiter Unternehmensentwicklung
032 324 38 40
michael.stettler@szb-chb.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 teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

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 dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	18
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	19
4.5 Registerübersicht	20
4.6 Zertifizierungsübersicht	21
QUALITÄTSMESSUNGEN	22
Befragungen	23
5 Patientenzufriedenheit	23
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	23
5.2 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation	24
5.3 Eigene Befragung	26
5.3.1 Laufende interne Patientenbefragung "Ihre Meinung ist uns wichtig"	26
5.4 Beschwerdemanagement	26
6 Angehörigenzufriedenheit	27
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	27
7 Mitarbeiterzufriedenheit	29
7.1 Eigene Befragung	29
7.1.1 Mitarbeiterbefragung mit Mecon	29
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	30
9 Wiedereintritte	30
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	30
10 Operationen	32
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	32
11 Infektionen	34
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	34
11.2 Eigene Messung	36
11.2.1 Isolationen (Erhebungen durch die Spitalhygiene SZB)	36
11.2.2 Händehygiene (Erhebungen durch die Spitalhygiene SZB)	36
12 Stürze	37
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	37
12.2 Eigene Messung	38
12.2.1 Internes Sturzmonitoring	38
13 Wundliegen	39

13.1	Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen).....	39
13.2	Eigene Messungen	41
13.2.1	Internes Dekubitusmonitoring	41
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	42
14.1	Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen.....	42
14.1.1	Prävalenz freiheitseinschränkender Massnahmen mit LPZ	42
15	Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand.....	43
16.1	Eigene Messung	43
16.1.1	Patientenzufriedenheit der Patienten der Geriatrischen Rehabilitation.....	43
17	Weitere Qualitätsmessungen Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
18	Projekte im Detail	44
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	44
18.1.1	Überarbeitung der internen Patientenbefragung "Ihre Meinung ist uns wichtig"	44
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	45
18.2.1	Patientenfeedbacks von ambulanten Patienten.....	45
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	45
18.3.1	Sanacert-Rezertifizierung.....	45
19	Schlusswort und Ausblick	46
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		47
Akutsomatik		47
Anhang 2		
Herausgeber		50

1 Einleitung

Die Spitalzentrum Biel AG (SZB AG) ist das öffentliche Zentrumsspital der zweisprachigen Region Biel - Seeland - Berner Jura.

In diesem Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2016 erhalten Sie einen umfassenden Einblick in unsere Qualitätsbestrebungen sowie Kennzahlen.

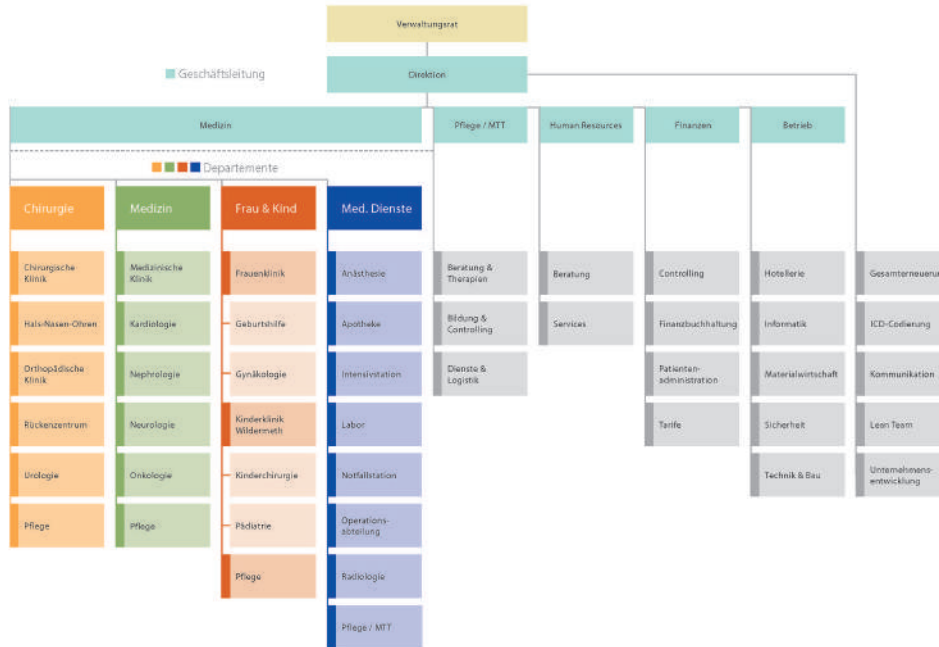
Link zu weiteren relevanten Dokumenten (z. B. Geschäftsbericht etc.)

- www.spitalzentrum-biel.ch > Unternehmen > Publikationen

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



www.spitalzentrum-biel.ch/unternehmen/organigramm/

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion der Leitung Unternehmensentwicklung (in der Direktion) unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **150** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Michael Stettler
 Leiter Unternehmensentwicklung
 Spitalzentrum Biel AG
 032 324 38 40
michael.stettler@szb-chb.ch

Antonio Lanzarone (ab 1.5.2017)
 Patientenberater
 Spitalzentrum Biel AG
 032 324 19 23
antonio.lanzarone@szb-chb.ch

Yvonne Basile
 Entwicklung Pflege
 Spitalzentrum Biel AG
 032 324 44 93
yvonne.basile@szb-chb.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualität im SZB 2014 – 2018

Das SZB ist bestrebt, seine Qualität zu sichern und laufend weiterzuentwickeln. Seit 2015 ist das Qualitätsmanagement-System des SZB von sanaCERT suisse zertifiziert. Dies bietet uns den Rahmen für dessen Weiterentwicklung. Unser Qualitätsverständnis und die Ziele des Qualitätsmanagementsystems bis 2018 orientieren sich an der Gesamtstrategie des SZB.

Qualität bedeutet für uns:

- dass sich unsere Leistungen und deren Qualität am Bedarf und den Erwartungen aller Anspruchsgruppen orientieren;
- dass die Sicherheit von Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie Mitarbeitenden gewährleistet ist;
- dass unsere individuellen Kompetenzen für eine integrierte, auf die Patienten ausgerichtete Versorgung zusammengefügt werden;
- dass evidenzbasierte Erkenntnisse sowie anerkannte Regeln und Standards bei unserer Arbeit einbezogen werden;
- dass aktiv mit Patienten, Angehörigen und vor-/nachgelagerten Stellen zusammen gearbeitet wird;
- dass unsere Leistungen leicht zugänglich sind;
- dass Patienten, Angehörige und Mitarbeitende transparent informiert werden;
- dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bearbeitet werden;
- dass wir kontinuierlich nach Verbesserung streben.

Zur Verfolgung der Qualitätsentwicklung legen wir Qualitätsziele fest und überprüfen deren Erreichung anhand von zuverlässigen Kennzahlen. Zudem vergleichen wir uns, wo dies möglich ist, mit anderen Spitälern und lassen unser Qualitätsmanagementsystem von externen Expertinnen und Experten (z.B. ISO-Zertifizierung im Labor, sanaCERT-Zertifizierung des Spitals) beurteilen.

Mit der Weiterentwicklung unserer Qualität leisten wir einen Beitrag zu den Erfolgsfaktoren der SZB-Strategie:

Patient zuerst:

Wir richten unsere Leistungen und deren Qualität auf die Patientinnen und Patienten aus.

Mitarbeitende:

Wir schaffen ein qualitätsförderndes Umfeld für die Mitarbeitenden.

Teammedizin:

Wir betrachten Qualität als Ergebnis aller und setzen uns dafür ein, dass alle Mitarbeitende zu deren Mitgestaltung und Weiterentwicklung beitragen.

Produktivität:

Mit der Verbesserung der Qualität unserer Abläufe steigern wir auch die Produktivität.

Marktstärke:

Mit überdurchschnittlichen Leistungen bei Qualität und Service erzielen wir eine hohe Anziehungskraft.

Dynamik:

Mit einer kontinuierlichen Verbesserung bringen wir das SZB jeden Tag und in jeder Situation voran.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

- Verstärkung der internen Kommunikation über die Arbeit an der Qualität
- Fortsetzung der Verdichtung, Weiterentwicklung und Verfeinerung der internen Erhebung von Qualitätskennzahlen
- Förderung der Patientenzufriedenheit
- Vorbereitung des Sanacert-Überwachungsaudits (dieses wurde am 9. März 2016 erfolgreich durchgeführt)

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

sanaCERT-Überwachungsaudit und systematische Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems:

Die Vorbereitungsarbeiten für das sanaCERT-Überwachungsaudit (Termin 22. Februar 2017) wurden aufgenommen, ebenso wie Arbeiten zur Evaluation und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems (u. a. Diskussion über Rolle und Zusammensetzung der Qualitätskommission und Reorganisation von Unternehmensentwicklung / Qualitätsmanagement). Die Arbeiten werden 2017 weiter geführt.

Planung einer Schulung für interne Auditoren und erstmalige Durchführung interner Audits:

Eine Schulung für interne Auditoren wurde konzeptualisiert und im Herbst 2017 für die Sanacert-Standardleitenden durchgeführt. Anschliessend erfolgten die ersten internen Audits zwischen den Sanacert-Standardleitenden. Schulung und Durchführung der internen Audits wurde evaluiert, Verbesserungspotenziale wurden festgehalten und sollen 2017 umgesetzt werden.

Weiterentwicklung des internen Kennzahlensystems zur Kontrolle der (medizinischen) Qualität:

Die interne zeitnahe Erhebung von Qualitätskennzahlen wurde auch im 2016 erneut verdichtet, weiterentwickelt und verfeinert. Beispielsweise konnte bei den Messungen der Patientenzufriedenheit durch Prozessanpassungen der Rücklauf erneut signifikant gesteigert werden (2016: +20% schriftliche Feedbacks).

Für weitere Qualitätsindikatoren wurden zeitnahe Auswertungsmöglichkeiten festgelegt. Die Arbeiten werden 2017 weiter geführt.

Durchführung der Outcome-Messungen gemäss Messplan des ANQ:

- Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Potenziell vermeidbare Reparationen mit SQLape®
- Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen mit SQLape®
- Patientenzufriedenheit mit dem ANQ-Kurzfragebogen (Befragungen von Erwachsenen, Eltern und Patienten der geriatrischen Rehabilitation)
- Prävalenzmessung Dekubiuts mit der Methodik LPZ (bei Erwachsenen und Kindern)
- Prävalenzmessung Sturz mit der Methodik LPZ
- SIRIS-Implantateregister

Förderung der Patientenzufriedenheit:

Es wurden zahlreiche kleinere Projekte ergriffen, u. a. im Zusammenhang mit der Einführung von Lean Management auf weiteren Bettenstationen.

Frauenklinik - Erfolgreiche Rezertifizierung für das UNICEF-Label "Stillfreundliche Klinik":

Die erfolgreiche Rezertifizierung fand im Sommer 2016 statt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Systematische Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems
- Planung und Durchführung interner Audits
- sanaCERT-Rezertifizierung
- Weiterentwicklung des internen Kennzahlensystems
- Durchführung der Outcome-Messungen gemäss Messplan des ANQ
- Förderung der Patientensicherheit: neues CIRS-Konzept finalisieren und Verbesserungsmaßnahmen umsetzen
- Förderung des Patientenerlebnisses
- Einführung und Umsetzung von Lean Management auf weiteren Bettenstationen und in Ambulatorien

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus bei Kindern und Jugendlichen
<i>Rehabilitation</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laufende interne Patientenbefragung "Ihre Meinung ist uns wichtig"
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitarbeiterbefragung mit Mecon
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolationen (Erhebungen durch die Spitalhygiene SZB) ▪ Händehygiene (Erhebungen durch die Spitalhygiene SZB)
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Internes Sturzmonitoring
<i>Wundliegen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Internes Dekubitusmonitoring
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prävalenz freiheitseinschränkender Massnahmen mit LPZ
<i>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenzufriedenheit der Patienten der Geriatrischen Rehabilitation

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Critical Incident Reporting System CIRS

Ziel	Erfassung kritischer Ereignisse und Auswertung in Klinik-spezifischen Review-Teams
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Critical Incident Reporting System CIRS

Ziel	Erarbeitung eines neuen CIRS-Konzeptes und -Prozesses aufgrund der durchgeführten Evaluation
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Patientenfeedbacks (interne Patientenbefragung), Beschwerdemanagement

Ziel	Kundenzufriedenheit ermitteln und verbessern
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Patientenfeedbacks von ambulanten Patienten

Ziel	Mehr Informationen zur Kundenzufriedenheit von ambulanten Patienten erhalten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Drei Abteilungen im Dep. Med. Dienste und eine Abteilung im Bereich Pflege
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Oktober 2015 bis ca. September 2016 (Pilotprojekt)
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Projekt wurde im Sommer 2016 evaluiert. Die Patientenbefragung mit diesem Instrument wird aufgrund der Evaluation ab 2017 in speziell interessierten Bereichen / Abteilungen durchgeführt.

Durchführung von Kommunikationskursen für alle Mitarbeitenden mit Patientenkontakt

Ziel	Verbesserung der Kommunikation mit Patienten und damit Verbesserung der Patientenzufriedenheit (für unterschiedliche Berufsgruppen optimiertes Kursangebot)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Weiterentwicklung Qualitätsmanagementsystem

Ziel	Evaluation und Festlegung der QM-Weiterentwicklung (Ziele 2014 - 2018) und der neuen Qualitätspolitik
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb, Qualitätsmanagement
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Qualitätsmanagement - internes Kennzahlensystem umsetzen und weiter entwickeln

Ziel	Optimierung der Dienstleistungsqualität, Qualitätssicherung und -entwicklung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb - Qualitätsmanagement
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Teilnahme des SZB am Projekt "progress! Sichere Chirurgie" der Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Ziel	Die Zahl der unerwünschten Ereignisse senken
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle operierenden Disziplinen
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2016
Evaluation Aktivität / Projekt	des Pilotprojekts «progress! Sichere Chirurgie» im SZB eingeführt. Nachdem die Liste bereits bei allen Eingriffen der Chirurgischen Klinik angewendet wird, soll sie nun bei sämtlichen Operationen im SZB eingesetzt werden und so spitalweit die Patientensicherheit erhöhen.

Umsetzung Heilmittelgesetz und Medizinprodukteverordnung: Hämo-, Materio- und Pharmacovigilance

Ziel	Sicherheit von Patienten und Mitarbeitenden gewährleisten und steigern
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt

Erfassung von Isolationstagen

Ziel	Leistungserfassung, Qualitätssicherung bei der Umsetzung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb - Spitalhygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Erfassung der Antibiotika-Resistenzstatistik

Ziel	Antibiotika gezielt einsetzen und deren Wirksamkeit erfassen, um Resistenzen zu vermindern
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb - Spitalhygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Anwendung des HACCP-Konzeptes (Hasard Analysis Critical Control Point) in der Lebensmittelverarbeitung

Ziel	Die gute Herstellungspraxis in der Lebensmittelverarbeitung wird gewährleistet unter Beizug eines Spezialisten.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb - Hauswirtschaft und Gastronomie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Aktionstag Händehygiene

Ziel	Refresher für alle Mitarbeitenden zum Thema Händehygiene
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb - Spitalhygiene
Projekte: Laufzeit (von...bis)	5.5.2016 (beendet)
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Delirprophylaxe

Ziel	Gefährdung von Patienten evaluieren und Prophylaxe-Massnahmen einleiten, damit Patienten nicht in ein Delir kommen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Chirurgische Klinik, Frauenklinik, Orthopädie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend seit 2011
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Schulung Kinaesthetics

Ziel	Patienten in ihrer Bewegung anleiten und dadurch in deren Gesundheitsentwicklung unterstützen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb - Pflege
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Sturzrisiko-Screening bei allen stationären Patienten

Ziel	Erfassung der Stürze auf Station mit dem Ziel, künftig ähnliche Ereignisse zu vermeiden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb ausser KKW und Wochenbett - Pflege
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend seit 2011
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Screening mit Braden-Skala, anschliessend Erstellung Pflegediagnose mit Interventionen sowie anschliessende Evaluation

Sturzmonitoring via Protokoll im Klinikinformationssystem KISIM

Ziel	Laufende systematische Erfassung von Stürzen auf Station mit dem Ziel der Vorbeugung resp. der frühzeitigen Erkennung und Behandlung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb ausser KKW und Wochenbett - Pflege
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend seit Anfang 2012
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Dekubitusmonitoring via Protokoll im Klinikinformationssystem KISIM

Ziel	Laufende systematische Erfassung von Dekubitus auf Station mit dem Ziel der Vorbeugung resp. der frühzeitigen Erkennung und Behandlung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb ausser Wochenbett - Pflege
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend seit Anfang 2012
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Erfassung von Katheterseptikämien bei Zentralvenösen Kathetern (ZVK) auf der Intensivpflegestation

Ziel	Erhebung der Infektrate (Ist-Situation) bei allen im SZB eingelegten ZVK's
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Spitalhygiene, Intensivpflegestation
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend seit Sept. 2011
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Umsetzung der H+-Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Ziel	Arbeitssicherheit gewährleisten, Prävention von Berufsunfällen und -krankheiten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Fachstelle für ergonomische Arbeitsplatzgestaltung

Ziel	Verbesserung von Arbeitsplatzergonomie und Mitarbeiterzufriedenheit, Reduktion von Absenzen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Laufend seit 2007
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Parenteralia Self Assessment Tool (PSAT)

Ziel	Verbesserung der Sicherheit bei der Verabreichung von injizierbaren Medikamenten (Parenteralia)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb - Apotheke
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 / 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2005 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

Bemerkungen

Das CIRS wird laufend weiter entwickelt. Ein neues Konzept wurde 2016 in einer ersten Version erarbeitet.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2016 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Bemerkungen

Die Anmeldung für IQM erfolgte 2016. Es hat noch kein Peer Review Verfahren stattgefunden, erste Ergebnisse liegen vermutlich erst ab frühestens 2018 vor.

4.5 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.

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2011
AMIS Plus Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2011
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	1995
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1984
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2006
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Seit mindestens 2003
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	Seit ca. 2007
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2011
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012

Bemerkungen

AQC: Insbesondere die Chirurgische Klinik des SZB nimmt am ACQ-Register - inkl. Public Database - teil.

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO/IEC 17025:2005	Labor	2005	2015	Das SZB-Labor ist eine von der SAS akkreditierte Prüfstelle. Vgl. http://www.seco.admin.ch/sas_files/STS_438-de.pdf
Babyfreundliches Spital UNICEF	Frauenklinik: Gebärabteilung	1994	2016	Inkl. Erfüllung der 10 Schritte für die Erfüllung der Mindestanforderungen und laufendem Monitoring (= Stillstatistik) mit externem Benchmarking
Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies	Stroke Unit (interdisziplinär)	2014	2016	2016 definitive Zertifizierung
Rekole-Zertifizierung nach H+ Die Spitäler der Schweiz	Finanzen	2012	2016	
Qualitätslabel QualiKita	Kindertagesstätte	2013	2015	
Zertifizierung nach sanaCERT suisse	SZB AG	2014	2017	Überwachungsaudits: 9.3.2016 und 22.2.2017
Label du Bilinguisme des Forums für die Zweisprachigkeit	SZB AG	2015	2015	
Zertifizierung der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Zertifizierung der Intensivstation des SZB	1970	2016	

Bemerkungen

-

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Den Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Entwicklung der Patientenzufriedenheit bei der nationalen Befragung 2016 lässt sich infolge des neuen Befragungsinstruments nicht mehr mit den Vorjahren vergleichen. Daher lassen sich die derzeit vorliegenden Ergebnisse auch nicht interpretieren (neue Auswertungsmethodik) oder mit der internen Messung "Ihre Meinung ist uns wichtig" vergleichen.

Für die Förderung der Patientenzufriedenheit wurden auch im Berichtsjahr 2016 auf weiteren Pflegestationen z. B. des Departements Medizin neue Prozesse eingeführt, die eine höhere Präsenz am Patientenbett erlauben.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH
---------------------	---

Bemerkungen

-

5.2 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt. Der Fragebogen basiert auf jenem für die Akutsomatik, ist aber auf die Besonderheiten der Rehabilitation angepasst.

Der Kurzfragebogen besteht aus fünf Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
	2013	2014	2015	
Spitalzentrum Biel AG				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in diese Rehabilitationsklinik kommen?	7.88	9.00	7.55	7.76 (6.13 - 9.40)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Rehabilitationsbehandlung, die Sie erhalten haben?	7.50	8.43	8.20	8.53 (7.73 - 9.32)
Wenn Sie Fragen an Ihre Ärztin oder ihren Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	7.50	9.25	9.13	8.94 (8.02 - 9.86)
Wie fanden Sie die Betreuung durch das therapeutische Personal, durch das Pflegepersonal und den Sozialdienst während Ihres Aufenthaltes?	7.50	9.00	8.82	8.59 (7.50 - 9.68)
Wurden Sie während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	8.75	9.67	9.73	8.82 (7.76 - 9.89)

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Befragung von Patienten der Geriatrischen Rehabilitation fand erstmals 2013 statt.

Die Anzahl der befragten Patienten ist jeweils tief - entsprechend tief ist auch der Rücklauf (2013: 8 Pat.; 2014: 7 Pat.; 2015: 12 Pat.; 2016: 18 Pat.)

Die Umsetzung von Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten erfolgt bei Bedarf laufend zeitnah aufgrund der Rückmeldungen aus unserer internen Befragung.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut

hcri AG oder 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 April und Mai 2016 aus einer Rehabilitationsklinik bzw. -abteilung eines Akutspitals ausgetreten sind.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ In der Klinik verstorbene Patienten. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Spitalzentrum Biel AG			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	28		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	18	Rücklauf in Prozent	64.00 %

Bemerkungen

-

5.3 Eigene Befragung

5.3.1 Laufende interne Patientenbefragung "Ihre Meinung ist uns wichtig"

Die Bewertung der Leistungen des SZB durch seine Patienten ist sehr wichtig, um bei Bedarf zeitnah, zielgerichtet und wirkungsvoll reagieren zu können.

Es werden die Bewertungen für die fünf ANQ-Fragen und einige Zusatzangaben erhoben.

Ab 2017 ist die Einführung eines neuen Tools vorgesehen, welches die automatisierte Fragebogenverarbeitung ermöglicht. Im Rahmen von dessen Einführung soll der interne Fragebogen an die neue nationale Befragung angepasst werden. Entsprechende Vorbereitungsarbeiten und die Festlegung der Fragen fanden bis Ende 2016 statt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Der interne Fragebogen wird allen stationären Patienten persönlich abgegeben und liegt daneben an mehreren Stellen auf, damit alle Patientinnen und Patienten ihren Spitalaufenthalt bewerten und darin ihre persönlichen Erfahrungen oder Verbesserungsvorschläge mitteilen können.

Die interne Erhebung zeigt:

Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten des SZB im Jahr 2016 war erneut generell hoch. Bei der Antwort auf Frage 1 ("Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?") etwa verzeichnet das SZB nach 2015 erneut eine Steigerung von 9.21 (2015) auf neu 9.25 im 2016. Im Berichtsjahr sind insgesamt 2'940 Fragebogen von ambulanten und stationären Patienten eingegangen (2015: total 2'451 Fragebogen).

Untersuchtes Kollektiv:

Grundsätzlich alle Patienten; der Fragebogen wird den stationären Patienten dabei persönlich auf Station abgegeben.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Für die Wertung der Ergebnisse: S. oben.

Für die Förderung der Patientenzufriedenheit vgl. Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten unter dem Kapitel zur Nationalen Patientenbefragung in der Akutsomatik.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Fragebogen "Ihre Meinung ist uns wichtig"
---	---

Bemerkungen

-

5.4 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Spitalzentrum Biel AG

Patientenberatung

Herr Antonio Lanzarone

Patientenberater

032 324 19 23

antonio.lanzarone@szb-chb.ch

täglich: 09.00 - 12.00 und 13.30 - 16.30 Uhr.

6 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.

6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

Auch im Kinderbereich ist die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität ein wichtiger Qualitätsindikator. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern um diese Beurteilung gebeten. Dazu wurden die fünf Fragen des ANQ-Kurzfragebogen auf die Perspektive der Eltern angepasst.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
	2013	2014	2015	
Spitalzentrum Biel AG				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	9.25	9.26	8.45	8.88 (8.47 - 9.29)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	9.17	8.86	8.32	8.95 (8.60 - 9.31)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.14	9.03	9.10	9.00 (8.57 - 9.43)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.71	8.86	8.73	8.74 (8.26 - 9.22)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.66	9.42	9.16	9.45 (9.09 - 9.82)

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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.ang.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die nationale Elternbefragung fand erstmals 2013 statt.

Die Umsetzung von Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten erfolgt bei Bedarf laufend zeitnah aufgrund der Rückmeldungen aus unserer internen Befragung.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut

hcri AG oder MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Spitalzentrum Biel AG			
Anzahl angeschriebene Eltern 2016	89		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	42	Rücklauf in Prozent	47.00 %

Bemerkungen

-

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung mit Mecon

Im 2016 wurde eine umfassende Mitarbeiterbefragung mit einem externen Messinstitut (Mecon Measure & Consult) durchgeführt. Neben den internen Ergebnissen liegen auch externe Vergleichswerte vor, welche eine vertiefte Analyse mit der Festlegung von Verbesserungspotenzialen erlauben. Es wurden alle Mitarbeitende (ausser Praktikanten, temporär Angestellte und Mitarbeitende mit befristeter Anstellung) befragt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.

Es wurden alle Abteilungen und Bereiche befragt.

Es wurden alle Mitarbeitenden ausser temporär Angestellte, Mitarbeitende mit befristetem Anstellungsverhältnis bis max. 6 Monate und Mitarbeitende in der Probezeit befragt.

Die Befragungsergebnisse wurden in Form eines Unzufriedenheitsindexes dargestellt.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Gegenüber früheren Befragungen gab es verschiedene Veränderungen der Ergebnisse sowohl in positiver wie in negativer Richtung. Die Ergebnisse wurden den Organisationseinheiten für die weitere Diskussion und die Festlegung von Verbesserungsmassnahmen ab 2017 zur Verfügung gestellt.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mitarbeiterbefragung

Bemerkungen

-

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale 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 wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). 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

Messergebnisse

Datenanalyse		2012	2013	2014	2015
Spitalzentrum Biel AG					
Beobachtete Rate	Intern:	4.66%	4.54%	4.22%	3.88%
	Extern:	0.64%	0.80%	0.83%	0.56%
Erwartete Rate (CI* = 95%)		4.77%	4.71%	4.63%	4.44% (4.10% - 4.78%)
Ergebnis** (A, B oder C)		C (Basis BFS- Daten 2012)	C (Basis BFS- Daten 2013)	C (Basis BFS- Daten 2014)	B

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

** Wertung der Ergebnisse:

- 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.

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Im Berichtsjahr 2016 wurden die Rehospitalisations- und Reoperationsraten 2015 mit dem "SQLape-Monitor" des ANQ analysiert. Für 2017 ist vorgesehen, die Angaben mit noch mehr Zeitnähe analysieren zu können.

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.
Spitalzentrum Biel AG		
Anzahl auswertbare Austritte:		

Bemerkungen

-

10 Operationen

10.1 Nationale 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 wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

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

Messergebnisse

Datenanalyse	2012	2013	2014	2015
Spitalzentrum Biel AG				
Beobachtete Rate	3.01%	2.67%	3.39%	2.79%
Erwartete Rate (CI* = 95%)	2.78%	2.52%	2.69%	2.36% (2.02% - 2.71%)
Ergebnis** (A, B oder C)	B (Basis BFS- Daten 2012)	B (Basis BFS- Daten 2013)	C (Basis BFS- Daten 2014)	C

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

** Wertung der Ergebnisse:

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.

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Im Berichtsjahr 2016 wurden die Rehospitalisations- und Reoperationsraten 2015 mit dem "SQLape-Monitor" des ANQ analysiert. Für 2017 ist vorgesehen, die Angaben mit noch mehr Zeitnähe analysieren zu können.

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 chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Spitalzentrum Biel AG		
Anzahl auswertbare Operationen:		

Bemerkungen

-

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative 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 Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind 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. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Kaiserschnitt (Sectio)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
Spitalzentrum Biel AG						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	40	0	-	-	3.00%	0.00% (0.00% - 8.80%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	84	21	-	-	20.20%	19.50% (11.00% - 28.00%)
Kaiserschnitt (Sectio)	254	2	-	-	2.70%	0.40% (0.00% - 1.20%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
Spitalzentrum Biel AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	107	3	-	-	0.00%	4.00% (0.30% - 7.70%)

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Aufgrund seiner familienfreundlichen Geburtsphilosophie hat das SZB eine der niedrigsten Kaiserschnittraten der Schweiz. Da wenn immer möglich eine normale Geburt angestrebt wird, erfolgen die meisten Kaiserschnitte ungeplant und haben damit ein erhöhtes Infektrisiko.

Mittels einer Reihe von Optimierungen (u. a. Anpassung Zeitpunkt Gabe Antibiotikaprophylaxe) ist es im SZB seit 2013 gelungen, die Infektrate wesentlich zu senken.

Weitere allgemeine Verbesserungsmassnahmen (z. B. zur Optimierung der Arbeitsabläufe im Operationssaal) sind in Bearbeitung.

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 Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

11.2 Eigene Messung

11.2.1 Isolationen (Erhebungen durch die Spitalhygiene SZB)

Kontaktisolationen (resistente Erreger):

Laufende Erhebung von Isolationen in allen Kliniken.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 41 Kontaktisolationen (2015: 31) wegen bestätigtem Vorkommen von multiresistenten Keimen (z. B. MRSA = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus; ESBL-Bakterien = Darmbakterien, die ein verändertes Enzym der Beta-Laktamase herstellen) bei erwachsenen Patienten vorgenommen.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

-

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Erhebung der Isolationen
---	--------------------------

Bemerkungen

-

11.2.2 Händehygiene (Erhebungen durch die Spitalhygiene SZB)

Händehygiene:

Ein Aktionstag für alle Mitarbeitenden fand am 5.5.2016 statt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die Gesamt-Compliance im ganzen SZB betrug für alle gemessenen Bereiche 76 %. Bereiche, welche die Zielvorgaben von 80 % nicht erreichten, wurden aufgefordert, Verbesserungsmaßnahmen umzusetzen. Beobachtungen in verschiedenen Departementen / Abteilungen erfolgen regelmässig.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Vgl. Ergebnisse oben.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Nach WHO, gemäss SwissNoso Clean Care
---	---------------------------------------

Bemerkungen

-

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2013	2014	2015	2016
Spitalzentrum Biel AG				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	10	2	5	3
In Prozent	7.20%	1.60%	3.90%	2.20%

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Bei der Prävalenzmessung 2016 verzeichnet die Sturzhäufigkeit im SZB prozentual eine Abnahme gegenüber dem Ergebnis aus dem Vorjahr (2.2 % gegenüber 3.9 % der Patienten im 2015). Es handelt sich dabei um vorläufige, nicht risiko-adjustierte Ergebnisse.

Massnahmen zur Vermeidung von Stürzen werden seit vielen Jahren umgesetzt, z. B.

- Einschätzung (Screening) des Sturzrisikos durch Pflegende und Ärzte (seit Ende 2011);
- systematische Sturzerfassung auf allen Pflegestationen (seit Anfang 2012);
- Einsatz von Sensormatten und Antirutschsocken (seit 2011);
- Der angepasste nationaler Sturzstandard steht den Mitarbeitenden im Intranet zentral zur Verfügung; (seit 2012);
- Schulung von Mitarbeitenden (seit 2012);
- Eine Sturz-Fachverantwortliche pro Abteilung (seit 2012).

Für die Sanacert-Rezertifizierung wird der Sanacert-Standard 29 "Sturzprävention" aufgebaut.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre). ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Spitalzentrum Biel AG			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	135	Anteil in Prozent (Antwortrate)	-

Bemerkungen

-

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Internes Sturzmonitoring

Seit 2012 werden im SZB alle Sturzereignisse von stationären erwachsenen Patientinnen und Patienten zeitnah erfasst und regelmässig ausgewertet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die Risikoeinschätzung erfolgt bei allen Patienten, die gefährdet sind oder länger als drei Tage im Spital liegen.

Im Berichtsjahr gab es insgesamt 461 Stürze (wobei ein Pat. mehrmals gestürzt sein kann). Dies entspricht einem %-Anteil gestürzter erwachsener Patienten von 3.4 %.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Für die Massnahmen zur Vermeidung von Stürzen vgl. Kapitel "Nationale Prävalenzmessung Sturz".

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzprotokoll
---	----------------

Bemerkungen

-

13 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.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

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.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Spitalzentrum Biel AG						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	8	4	2	8	5.80%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	6	2	0	2	1.40%

Bei Kindern und Jugendlichen

Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Spitalzentrum Biel AG						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	0	0	0	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	0	0	0.00%

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Bei der Prävalenzmessung 2016 blieb die Häufigkeit von neu entstandenen Dekubitus im SZB bei Erwachsenen gegenüber dem guten Ergebnis von 2015 auf tiefem Niveau stabil. Bei Kindern lag der %-Anteil im 2016 bei 0, wobei berücksichtigt werden muss, dass die Anzahl der untersuchten Kinder tief war und sich ein Fall mehr oder weniger entsprechend stark auswirkt.

Massnahmen zur Vermeidung von Dekubitus werden seit vielen Jahren umgesetzt, z. B.

- Umsetzung eines einheitlichen Dekubitusstandards mit z. B. 1 - 2 Dekubitus-Fachverantwortlichen pro Station, einer Arbeitsgruppe, welche regelmässig Material für bewegtes Lagern evaluiert, dem Vorhandensein von Spezialmatratzen (Wechseldruck) für gefährdete Patienten oder Durchführung von regelmässigen Fallbesprechungen und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen;
- Systematisches Dekubitus-Monitoring auf allen Pflegestationen (seit 2012);
- Vermehrtem Einbezug von Notfallstation, OPS und Aufwachraum.

Bei der Zertifizierung durch Sanacert Suisse wurde u. a. der Standard 28 "Decubitusbehandlung und -vermeidung" geprüft.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre). ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Spitalzentrum Biel AG			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	138	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	-
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2016	9	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	-

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Internes Dekubitusmonitoring

Seit 2012 werden im SZB alle Dekubitus von stationären erwachsenen Patientinnen und Patienten zeitnah erfasst und regelmässig ausgewertet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Alle stationären erwachsenen Patientinnen und Patienten des SZB werden nach Eintritt in ihrem Bewegungs-, Haut- und Ernährungszustand klinisch eingeschätzt.

Im Berichtsjahr sind insgesamt 112 Dekubitus (alle Kategorien) im SZB entstanden. Dies entspricht einem %-Anteil betroffener erwachsener Patienten von 1.0 %.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse des internen Dekubitusmonitorings und der Prävalenzstudie liegen für 2016 in einem ähnlichen Bereich. Für die Massnahmen zur Vermeidung von Dekubitus vgl. Kapitel "Nationale Prävalenzmessung Dekubitus".

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Dekubitusprotokoll
---	--------------------

Bemerkungen

-

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Prävalenz freiheitseinschränkender Massnahmen mit LPZ

Es wurde zusammen mit den Prävalenzstudien Dekubitus und Sturz auch die Prävalenzmessung freiheitseinschränkende Massnahmen durchgeführt.

Diese Messung haben wir vom Gleicher Tag wie übrige Prävalenzmessungen bis Gleicher Tag wie übrige Prävalenzmessungen durchgeführt.

Gleiche Abteilungen wie für die Dekubitus- und Sturzmessung.

Gleiches Kollektiv wie bei der Dekubitus- und Sturz-Prävalenzstudie mit der Methodik LPZ.

Bei 6 von 138 eingeschlossenen Patienten wurden freiheitseinschränkende Massnahmen ergriffen (4.3 %). Zum Vergleich: Bei der letzten Erhebung 2013 war dies bei 27 von 140 Patienten der Fall (19.3 %).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Im 2015 hat die Ethikkommission im SZB einen Prozessablauf Freiheitseinschränkende Massnahmen erarbeitet. Es wurde im KISIM (Klinikinformationssystem) ein Favorit erstellt (angepasst aus SGG) und eine Liste mit Anleitung und Verfügbarkeit der Freiheitseinschränkenden Massnahmen erstellt. Diese Unterlagen stehen im Intranet allen Mitarbeiterinnen zur Verfügung. Zudem gab es eine Weiterbildung im 2016 für die Pflege, mit dem Ziel die Freiheitseinschränkenden Massnahmen gezielt und fachgerecht einzusetzen.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ

Bemerkungen

-

16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand

16.1 Eigene Messung

16.1.1 Patientenzufriedenheit der Patienten der Geriatrischen Rehabilitation

Vgl. Kapitel Patientenzufriedenheitsbefragungen.

Zudem erhalten die Patienten der geriatrischen Rehabilitation ein geriatrisches Assessment (laufend).

Weitere Messungen bei Patienten der geriatrischen Rehabilitation sind in Planung.

Diese Messung haben wir vom 1.4.2016 (Pat.zufriedenheit) bis 31.5.2016 (Pat.zufriedenheit) durchgeführt.

Station A7.

Vgl. Kapitel Patientenzufriedenheitsbefragungen.

Vgl. Kapitel Patientenzufriedenheitsbefragungen.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Überarbeitung der internen Patientenbefragung "Ihre Meinung ist uns wichtig"

Projektart:

Internes Projekt.

Projektziel:

Mehr Informationen über die Zufriedenheit von stationären (und ambulanten) Patienten erhalten.

Projekttablauf / Methodik:

- Nach Vorliegen des neuen ANQ-Kurzfragebogens für die Befragung erwachsener Patienten in der Akutsomatik wurden die Inhalte des bestehenden internen Fragebogens evaluiert und bis Dezember 2016 angepasst.
- Gleichzeitig wurden ab August 2016 Möglichkeiten für die automatisierte Verarbeitung der internen Fragebogen geprüft und ein Programm ausgewählt, welches einerseits eine automatisierte Verarbeitung inkl. Auswertung der Ergebnisse und andererseits auch die Befragung ambulanter Patienten ermöglichen soll. Es sind Befragungen auf Papier und elektronisch möglich.
- Planung der Einführungsschulung für das neue Programm auf März 2017 und des anschliessenden Rollouts für die Ablösung des alten durch den neuen Fragebogen.

Involvierte Berufsgruppen:

Unternehmensentwicklung / Qualitätsmanagement, Departements- resp. Bereichsleitungen, Ärzteschaft, Pflege

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Patientenfeedbacks von ambulanten Patienten

Pilotprojekt:

seit April 2015 aktiv - Abbruch initialkonzept Juni 2016

Projektziel:

Entwicklung einer Messmethodik zur Erreichung der am. Patienten.

Umsetzungsstand

Vor einer allfälligen spitalweiten Anwendung wurde beschlossen, die Methodik vorerst in drei Abteilungen des Departements Medizinische Dienste und einer Abteilung des Bereichs Pflege und Therapien während eines Jahres zu testen, mit Start im Oktober 2015. Während jeweils einer Woche stand das Gerät in einer der vier Abteilungen Anästhesie, Notfallstation, Physiotherapie und Radiologie. Den Patienten wurde eine Frage zur Zufriedenheit gestellt. Die Frage konnte abteilungsspezifisch angepasst und im System hinterlegt werden.

Die Patienten konnten ihre Zufriedenheit mittels Knopfdruck auf eines von vier Smileys (von dunkelgrün = sehr zufrieden bis dunkelrot = sehr unzufrieden) ausdrücken. Die Messergebnisse wurden durch das System täglich, wöchentlich und monatlich direkt an die verantwortlichen Personen verschickt.

Projektelevaluation/Konsequenzen

Die Anwendung löste nicht die erhofften Reaktionen aus, so dass die Anwendung im Frühling 2016 zu Gunsten alternativen Messungen (MA-Zufriedenheit) sowie einem fixen Standort für die Dauermessung adaptiert wurde.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Sanacert-Rezertifizierung

Projektart:

QM-Projekt

Projektziel

Weiterentwicklung des QM-Systems entlang Sanacert-Standards

Projektlauf

Planung Re-Zertifizierung 2017 anhand Rückmeldungen aus den Überwachungsaudits 2015/2016 sowie mit Aufnahme neuer Sanacert-Standards

Involvierte Berufsgruppen

Ärzte, Pflege, Hebammen, Therapeuten, Hotellerie, Administration

19 Schlusswort und Ausblick

Transparenz und kontinuierliche Messungen sind unabdingbare Voraussetzungen für eine wirkungsvolle Arbeit an der Qualität. Nach der erfolgreichen Zertifizierung durch die Stiftung Sanacert Suisse anfangs 2015 galt es, die interne Kommunikation zu Qualitätsthemen nochmals zu intensivieren und die Weiterentwicklung von zeitnah erhobenen internen Kennzahlen voran zu treiben. Das SZB orientiert sich dabei in seinem Qualitätsmanagement zunehmend massgeblich an seinen internen Qualitätsmessungen, um bei Bedarf zeitnah, zielgerichtet und wirkungsvoll reagieren zu können. Die aufgeführten internen Qualitätsmessungen legen von diesen Bestrebungen Zeugnis ab und werden auch künftig weiter entwickelt.

Neben der Evaluation, Verdichtung und Verfeinerung von internen Kennzahlen wurden natürlich unter anderem auch die Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) und viele andere Qualitätsaktivitäten durchgeführt. Übergeordnetes Ziel sämtlicher Bestrebungen ist, eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung unserer Patienten zu wirtschaftlichen Bedingungen zu gewährleisten – heute und in Zukunft.

Biel-Bienne, 15.06.2017

Redaktion (alphabetisch):

Karin Aeberhard, Leiterin Qualitätsmanagement (bis 31.05.2017)

Yvonne Basile, Entwicklung Pflege

Antonio Lanzarone, Patientenberater (seit 01.05.2017)

Michael Stettler, Leiter Unternehmensentwicklung

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Kieferchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe

Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
Herz
Einfache Herzchirurgie
Herzchirurgie und Gefäßeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation
Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie
Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)
Thoraxchirurgie
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)
Mediastinaleingriffe
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und \geq 2000g)
Geburtshilfe (ab 32. SSW und \geq 1250g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und \geq 2000g)

Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
Spezialisierte Neonatologie (Level III)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie
Radio-Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)

Bemerkungen

In mehreren Fachgebieten:
Zusammenarbeit mit Belegärzten oder einem Konsiliararzt

Geriatric:
Geriatrischer Stützpunkt mit Schwerpunkt geriatrische Rehabilitation im Rahmen der Vorgaben des Kantons

Medizinische Onkologie:
Zusammenarbeit mit Radiol-Onkologie Biel / Seeland / Jura Bernois AG

Wirbelsäulenchirurgie:
Zusammenarbeit mit Belegärzten "Das Rückenzentrum"

Frauenklinik:
Beckenboden-Rekonstruktion sowie Zusammenarbeit mit Belegarzt (für Brustrekonstruktion nach Krebs)

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/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.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**).