



Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

27.05.2016
Bruno Letsch, Vorsitzender der Geschäftsleitung

Version



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 2015.

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 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 2015

Frau
Dr. med. vet. Karin Aeberhard
Leiterin Qualitätsmanagement Spitalzentrum Biel AG
032 324 17 82
karin.aeberhard@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 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitaleintritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligten sich ebenfalls.

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 Methode / 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 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

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 2015	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015	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 zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.3.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	18
4.4 Registerübersicht	19
4.5 Zertifizierungsübersicht	20
QUALITÄTSMESSUNGEN	21
Befragungen	22
5 Patientenzufriedenheit	22
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	22
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	27
6 Angehörigenzufriedenheit	28
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik	28
7 Mitarbeiterzufriedenheit	30
7.1 Eigene Befragung	30
7.1.1 Kurzumfrage zur Mitarbeiterzufriedenheit	30
Behandlungsqualität	31
8 Wiedereintritte	31
8.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	31
9 Operationen	33
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	33
10 Infektionen	35
10.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	35
10.2 Eigene Messung	37
10.2.1 Isolationen (Erhebungen durch die Spitalhygiene SZB)	37
10.2.2 Händehygiene (Erhebungen durch die Spitalhygiene SZB)	37
11 Stürze	38
11.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	38
11.2 Eigene Messung	39
11.2.1 Internes Sturzmonitoring	39
12 Wundliegen	40
12.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	40
12.2 Eigene Messungen	42
12.2.1 Internes Dekubitusmonitoring	42
13 Projekte im Detail	43
13.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	43

13.1.1	Patientenfeedbacks von ambulanten Patienten.....	43
13.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015.....	44
13.2.1	Erste Anwendung des Parenteralia Self Assessment Tools (PSAT).....	44
13.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte.....	44
13.3.1	Frauenklinik: Zwischenaudit für das UNICEF-Label "Babyfreundliches Spital".....	44
14	Schlusswort und Ausblick.....	45
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		46
	Akutsomatik.....	46
	Herausgeber.....	49

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 2015 erhalten Sie einen umfassenden Einblick in unsere Qualitätsbestrebungen sowie Kennzahlen.

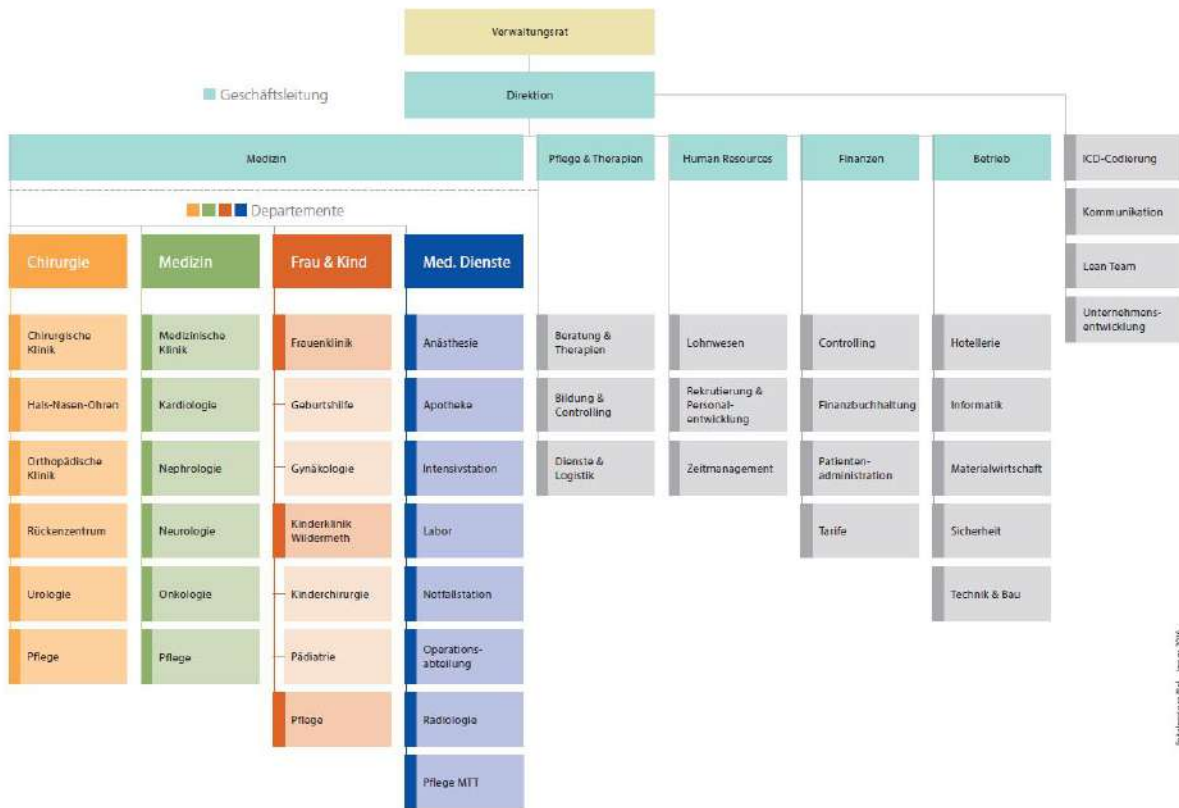
Link zu weiteren relevanten Dokumenten (z. B. Geschäftsbericht etc.)

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

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



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.

Bemerkungen

<http://www.spitalzentrum-biel.ch/unternehmen/organigramm/>

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Dr. med. vet. Karin Aeberhard
 Leiterin Qualitätsmanagement
 Spitalzentrum Biel AG
 032 324 17 82
karin.aeberhard@szb-chb.ch

Katrin Leutwyler
 Patientenberaterin
 Spitalzentrum Biel AG
 032 324 19 23
katrin.leutwyler@szb-chb.ch

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

Michael Stettler
 Leiter Unternehmensentwicklung
 Spitalzentrum Biel AG
 032 324 38 40
michael.stettler@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 2015

- 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 2015

sanaCERT-Überwachungsaudit und systematische Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems:

Die Vorbereitungsarbeiten für das sanaCERT-Überwachungsaudit (Termin 9. März 2016) wurden aufgenommen, ebenso wie Arbeiten zur Evaluation und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems (u. a. Diskussion über Rolle und Zusammensetzung der Qualitätskommission). Die Arbeiten werden 2016 weiter geführt.

ISO: Reakkreditierung Labor:

Das Reakkreditierungsaudit erfolgte am 28. / 29. April 2015.

Die Reakkreditierung wurde durch Schweizerische Akkreditierungsstelle SAS am 8. August 2015 erteilt und ist fünf Jahre gültig.

Qualitätslabel "Label du bilinguisme":

Im SZB wird Deutsch und Französisch gesprochen. Die Zweisprachigkeit hat sowohl in der internen wie auch in der externen Kommunikation einen hohen Stellenwert und wird dementsprechend gepflegt und gefördert. Die Bieler Stiftung "Forum für die Zweisprachigkeit" hat das SZB mit dem "Label du bilinguisme" ausgezeichnet. Die Erstzertifizierung erfolgte im November 2015.

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

Die interne zeitnahe Erhebung von Qualitätskennzahlen wurde im 2015 erneut verdichtet, weiterentwickelt und verfeinert. Beispielsweise konnte bei den Messungen der Patientenzufriedenheit durch Prozessanpassungen der Rücklauf signifikant gesteigert werden (2015: 2'451 Rückmeldungen, 2014: 1'964 Feedbacks).

Für weitere Qualitätsindikatoren wurden Klinik- resp. stationsspezifische Zielwerte festgelegt. Die Arbeiten werden 2016 weiter geführt.

Durchführung der Outcome-Messungen gemäss Messplan des ANQ:

- Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Potenziell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®
- Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen mit SQLape®
- Patientenzufriedenheit mit dem ANQ-Kurzfragebogen (Befragungen von Erwachsenen, Eltern und Patienten der geriatrischen Rehabilitation)
- Prävalenzmessung Dekubitus 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.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Systematische Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems
- Planung und Durchführung interner Audits
- sanaCERT-Überwachungsaudit und Rezertifizierung
- Frauenklinik: Rezertifizierung für das UNICEF-Label "Babyfreundliche Klinik" (2016)
- Weiterentwicklung des internen Kennzahlensystems
- Durchführung der Outcome-Messungen gemäss Messplan des ANQ
- Förderung der Patientensicherheit: neues CIRS-Konzept erarbeiten
- Förderung der Patientenzufriedenheit
- 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>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ Prävalenzmessung Dekubitus ▪ Prävalenzmessung Dekubitus bei Kindern und Jugendlichen
<i>Rehabilitation</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation

4.2 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"> ▪ Kurzumfrage zur Mitarbeiterzufriedenheit
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

4.3 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 - 2016
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

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 der Chirurgischen Klinik am Pilotprojekt "progress! Sichere Chirurgie" der Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Ziel	Die Zahl der unerwünschten Ereignisse senken
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Chirurgische Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2013 - 2015

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)	5.5.2015 (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

4.3.1 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.

Bemerkungen

Das CIRS wird laufend weiter entwickelt. Ein neues Konzept ist geplant.

4.4 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 MeldeSystem 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.

4.5 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	2013	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	2014	
Rekole-Zertifizierung nach H+ Die Spitäler der Schweiz	Finanzen	2012	2016	
Qualitätslabel QualiKita	Kindertagesstätte	2013	2015	
Zertifizierung nach sanaCERT suisse	SZB AG	2015	2015	
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). 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. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
Spitalzentrum Biel AG				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.88	8.63	8.75	8.87 (8.66 - 9.07)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.72	8.64	8.70	8.73 (8.55 - 8.92)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.88	8.52	8.80	8.85 (8.67 - 9.04)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.69	8.63	8.76	8.82 (8.63 - 9.01)
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.20	9.09	9.28	9.19 (9.02 - 9.36)

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

In der nationalen Erhebung des ANQ hat sich die Patientenzufriedenheit im Jahr 2015 im Vergleich zu den beiden Vorjahren in nahezu allen Fragen leicht verbessert. Dies entspricht auch dem Trend bei der zeitnahen internen Patientenbefragung "Ihre Meinung ist uns wichtig".

Für die Förderung der Patientenzufriedenheit wurden im Berichtsjahr auf weiteren Pflegestationen neue Prozesse eingeführt, die eine höhere Präsenz am Patientenbett erlauben. Im Zeitraum von Anfang Nov. 2015 bis Ende Januar 2016 wurden Patienten von einigen Kliniken systematisch bei Eintritt, z. T. während des Aufenthalts (je nach Aufenthaltsdauer) und beim Austritt befragt, um Schwachstellen zu evaluieren und Verbesserungen umzusetzen.

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 2015 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 Patienten 2015		778	
Anzahl eingetrossener Fragebogen		331	Rücklauf in Prozent 43 %

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 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
Spitalzentrum Biel AG				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in diese Rehabilitationsklinik kommen?	-	7.88	9.00	7.55 (5.64 - 9.45)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Rehabilitationsbehandlung, die Sie erhalten haben?	-	7.50	8.43	8.20 (6.45 - 9.95)
Wenn Sie Fragen an Ihre Ärztin oder ihren Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	-	7.50	9.25	9.13 (8.18 - 10.00)
Wie fanden Sie die Betreuung durch das therapeutische Personal, durch das Pflegepersonal und den Sozialdienst während Ihres Aufenthaltes?	-	7.50	9.00	8.82 (8.09 - 9.54)
Wurden Sie während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	-	8.75	9.67	9.73 (9.29 - 10.00)

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.)

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 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 April und Mai 2015 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 2015	20		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	12	Rücklauf in Prozent	60.00 %

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.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen 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 2015 war generell hoch. Bei der Antwort auf Frage 1 ("Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?") etwa verzeichnet das SZB eine Steigerung von 9.04 (für 2014) auf 9.21 im 2015.

Im Berichtsjahr sind insgesamt 2'451 Fragebogen von ambulanten und stationären Patienten eingegangen (2014: total 1'964 Fragebogen).

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Grundsätzlich alle Patienten Der Fragebogen wird den stationären Patienten persönlich auf Station abgegeben. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> keine 	
Spitalzentrum Biel AG			
Anzahl stationäre Pat. 2015	13'457		
Anzahl eingetroffene Fragebogen (nur der stationären Patienten)	1'609	Rücklauf in %	12.0 %

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 Kap. 5.1, Nationale 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

Frau Katrin Leutwyler

Patientenberaterin

032 324 19 23

katrin.leutwyler@szb-chb.ch

Montag, Dienstag, Donnerstag: 08.00 - 12.00

und 13.00 - 16.30 Uhr. Mittwoch: 08.00 -

12.00 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 2015 (CI* = 95%)
	2012	2013	2014	
Spitalzentrum Biel AG				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	-	9.25	9.26	8.45 (7.76 - 9.14)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	-	9.17	8.86	8.32 (7.53 - 9.12)
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 (8.47 - 9.73)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	-	8.71	8.86	8.73 (7.93 - 9.54)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	-	9.66	9.42	9.16 (8.42 - 9.91)

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 und 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 2015 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 2015	101		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	31	Rücklauf in Prozent	31.00 %

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 Kurzumfrage zur Mitarbeiterzufriedenheit

Im 2015 hat zweimal eine Online-Umfrage als "Barometer" für die Mitarbeiterzufriedenheit stattgefunden. Es wurde jeweils eine einzige Frage zur Bewertung der Mitarbeiterzufriedenheit gestellt. Die Ergebnisse der Online-Umfrage wurden nach Bereichen und Berufsgruppen differenziert, jedes Departement hat seine Resultate in anonymer Form erhalten.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt. Es können alle Mitarbeitende des SZB an der Online-Befragung teilnehmen.

Die Skala der Umfrage reicht von 1 (unzufrieden) bis 5 (sehr zufrieden).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Der Rücklauf bei der Befragung im Dezember war mit 40 % (540 teilnehmende Personen) so hoch wie noch nie.

Der allgemeine Zufriedenheitsindex war im Dezember 2015 praktisch identisch mit jenem der Umfrage vom Dezember 2014. Leicht höher war der Wert im Sommer 2015.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Kurzumfrage zur Mitarbeiterzufriedenheit
---	--

Bemerkungen

-

Behandlungsqualität

8 Wiedereintritte

8.1 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 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

Messergebnisse

		2012	2013	2014	2015
Spitalzentrum Biel AG					
Beobachtete Rate	Intern:	3.84%	4.66%	4.54%	4.22%
	Extern:	0.68%	0.64%	0.80%	0.83%
Erwartete Rate (CI* = 95%)		4.73%	4.77%	4.71%	4.63% (4.24% - 5.02%)
Ergebnis** (A, B oder C)		B (Basis BFS- Daten 2011)	C (Basis BFS- Daten 2012)	C (Basis BFS- Daten 2013)	C (Basis BFS-Daten 2014)

* 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 2015 erfolgte die Teilnahme am Pilotprojekt "SQLape-Monitor" des ANQ mit dem Ziel, bei der Evaluation und Einführung eines Tools zur zeitnahen Erhebung der Rehospitalisations- und Reoperationsraten beteiligt zu sein. Folgearbeiten sind für 2016 vorgesehen.

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 2015:	9406	

Bemerkungen

-

9 Operationen

9.1 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 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

Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
Spitalzentrum Biel AG				
Beobachtete Rate	3.29%	3.01%	2.67%	3.39%
Erwartete Rate (CI* = 95%)	2.60%	2.78%	2.52%	2.69% (2.42% - 2.97%)
Ergebnis** (A, B oder C)	C (Basis BFS- Daten 2011)	B (Basis BFS- Daten 2012)	B (Basis BFS- Daten 2013)	C (Basis BFS-Daten 2014)

* 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 2015 erfolgte die Teilnahme am Pilotprojekt "SQLape-Monitor" des ANQ mit dem Ziel, bei der Evaluation und Einführung eines Tools zur zeitnahen Erhebung der Rehospitalisations- und Reoperationsraten beteiligt zu sein. Folgearbeiten sind für 2016 vorgesehen.

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 Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Spitalzentrum Biel AG		
Anzahl auswertbare Operationen 2015:	5103	

Bemerkungen

-

10 Infektionen

10.1 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 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. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herz-chirurgischen Eingriffen) 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 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
Spitalzentrum Biel AG						
Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	40	1	0.00%	2.10%	5.10%	2.50% (0.10% - 13.20%)
Dickdarmoperationen (Colon)	85	18	18.70%	20.80%	15.90%	21.20% (13.10% - 31.40%)
Kaiserschnitt (Sectio)	232	7	8.70%	6.50%	3.30%	3.00% (1.20% - 6.10%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2013 – 30. September 2014

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2014 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2014 (N)	Vorjahreswerte Infektionsrate %			Infektionsrate % 2014 (CI*)
			2011	2012	2013	
Spitalzentrum Biel AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	76	0	1.80%	-	-	0.00% (0.00% - 4.70%)

* 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.

Bemerkungen

-

10.2 Eigene Messung**10.2.1 Isolationen (Erhebungen durch die Spitalhygiene SZB)****Kontaktisolationen (resistente Erreger):**

Laufende Erhebung von Isolationen in allen Kliniken.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Im Jahr 2015 wurden insgesamt 31 Kontaktisolationen (2014: 38) 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

-

10.2.2 Händehygiene (Erhebungen durch die Spitalhygiene SZB)**Händehygiene:**

Ein Aktionstag für alle Mitarbeitenden fand am 5.5.2015 statt.

Beobachtungen zur Händehygiene:

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in den Abteilungen „Departement Medizin“, „Departement Medizinische Dienste“, „Weitere ambulante Abteilungen“ durchgeführt.

Die Gesamt-Compliance im ganzen SZB betrug für alle gemessenen Bereiche 72 %. 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

-

11 Stürze

11.1 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.

Weitere Informationen:

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

Messergebnisse

	2012	2013	2014	2015
Spitalzentrum Biel AG				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	12	10	2	5
In Prozent	8.60%	7.20%	1.60%	3.90%

Bei den hier publizierten Ergebnissen 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 2015 verzeichnet die Sturzhäufigkeit im SZB prozentual eine Zunahme gegenüber dem Spitzenergebnis vom Vorjahr (3.9 % gegenüber 1.6 % der Patienten im 2014). 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 International (International Prevalence Measurement of Care problems)

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 2015	129	Anteil in Prozent (Antwortrate)	79.10%

Bemerkungen

-

11.2 Eigene Messung

11.2.1 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 2015 in der Abteilung „Alle Abteilungen eingeschlossen ausser Wochenbett und Kinderklinik“ durchgeführt.

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

Im Berichtsjahr gab es insgesamt 466 Stürze (wobei ein Pat. mehrmals gestürzt sein kann). Dies entspricht einem %-Anteil gestürzter erwachsener Patienten von 3.50 %.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse des internen Sturzmonitorings und der Prävalenzstudie liegen für 2015 in einem ähnlichen Bereich. Für die Massnahmen zur Vermeidung von Stürzen vgl. Kapitel "Nationale Prävalenzmessung Sturz".

Angaben zur Messung

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

Bemerkungen

-

12 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.

12.1 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.

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

		Vorjahreswerte			Anzahl Erwachsene mit Dekubitus im 2015	In Prozent
		2012	2013	2014		
Spitalzentrum Biel AG						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1-4	11.3	9.2	4.8	6	4.70%
	ohne Kategorie 1	4.3	5.7	3.2	2	1.60%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	7.8	5	2.4	2	1.60%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	4.3	3.6	1.6	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	2.1	3.6	2.4	4	3.10%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	2.1	2.1	1.6	2	1.60%

Bei Kindern und Jugendlichen

		Vorjahreswerte			Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus im 2015	In Prozent
		2012	2013	2014		
Spitalzentrum Biel AG						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1-4		15.4	5.6	2	16.70%
	ohne Kategorie 1		0	0	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Total		7.7	5.6	2	16.70%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1		0	0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, Total		0	0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1		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 2015 nahm die Häufigkeit von neu entstandenen Dekubitus im SZB bei Erwachsenen gegenüber dem guten Ergebnis von 2014 nochmals ab. Bei Kindern nahm der %-Anteil zu, 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 International (International Prevalence Measurement of Care problems)

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 2015	129	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	79.10%
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche 2015	12	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	100.00%

Bemerkungen

-

12.2 Eigene Messungen

12.2.1 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 2015 in der Abteilung „Alle Abteilungen ausser Wochenbett.“ durchgeführt.

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

Im Berichtsjahr sind insgesamt 137 Dekubitus (alle Kategorien) im SZB entstanden. Dies entspricht einem %-Anteil betroffener erwachsener Patienten von 1.3 %.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse des internen Dekubitusmonitorings und der Prävalenzstudie liegen für 2015 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

-

13 Projekte im Detail

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

13.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

13.1.1 Patientenfeedbacks von ambulanten Patienten

Projektart:

Internes Projekt.

Projektziel:

Mehr Informationen über die Zufriedenheit von ambulanten Patienten erhalten.

Projektablauf / Methodik:

- Im April / Mai 2015 wurde während drei Wochen die Methodik "Happy or Not" in drei Abteilungen des Dep. Medizinische Dienste getestet. Die Erfahrungen waren positiv.
- Ein Happy-or-Not-Gerät wurde definitiv beschafft. 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.
- Die Messungen begannen im Oktober 2015. Während jeweils einer Woche steht das Gerät in einer der vier Abteilungen Anästhesie, Notfallstation, Physiotherapie und Radiologie.
- Den Patienten wird eine Frage zur Zufriedenheit gestellt. Die Frage kann abteilungsspezifisch angepasst und im System hinterlegt werden.
- Die Patienten können ihre Zufriedenheit mittels Knopfdruck auf eines von vier Smileys (von dunkelgrün = sehr zufrieden bis dunkelrot = sehr unzufrieden) ausdrücken.
- Die Messergebnisse werden durch das System täglich, wöchentlich und monatlich direkt an die verantwortlichen Personen verschickt. Ein Überblick erfolgt regelmässig im Daily Management System.

Involvierte Berufsgruppen:

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

Projektelevaluation / Konsequenzen:

- Die Projektelevaluation erfolgt im Frühjahr 2016.
- Das Ergebnis der Evaluation wird Einfluss darauf haben, wie mit der Methodik weiter gearbeitet wird.

13.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

13.2.1 Erste Anwendung des Parenteralia Self Assessment Tools (PSAT)

Projektart:

Internes Projekt mit externem Bezug (Arbeitsgruppe Qualität und Sicherheit der GSASA - Schweiz. Verein der Amts- und Spitalapotheker).

Projektziel:

Identifikation und Verminderung von Risiken im eigenen Spital bei der Verabreichung von injizierbaren Medikamenten (Parenteralia - sie alle gelten grundsätzlich als Hochrisiko-Medikamente). Damit Verbesserung der Sicherheit bei deren Anwendung.

Projekttablauf / Methodik:

- Die GSASA hat national und international anerkannte Guidelines konsultiert und daraus ein auf die nationalen Gegebenheiten abgestimmtes Tool (Fragebogen zur Risikoidentifikation) mit acht Prozessen und 53 Kriterien entwickelt.
- Im SZB wurde dieses Tool im 2015 unter der Leitung des Chefapothekers und der Verantwortlichen für die Pflegeentwicklung durch mehrere interdisziplinäre Teams für die Departemente Medizin und Chirurgie sowie für die Gynäkologie, Pädiatrie und Intensivpflegestation ausgefüllt und konsolidiert.

Involvierte Berufsgruppen:

Apotheker, Pflege, Ärzte

Projektelevaluation / Konsequenzen:

- Aufgrund der Resultate sind Prioritäten und Handlungsbedarf auf verschiedenen Stufen identifiziert worden.
- Information, Schulung und Umsetzung werden 2016 weiter geführt.

Weiterführende Unterlagen:

www.gsasa.ch - Qualität & Sicherheit - Parenteralia Self Assessment Tool (PSAT).

13.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

13.3.1 Frauenklinik: Zwischenaudit für das UNICEF-Label "Babyfreundliches Spital"

Projektart:

Internes Projekt.

Projektziel:

Erfüllung der Vorgaben für die Aufrechterhaltung des UNICEF-Labels "Babyfreundliches Spital"

Projekttablauf / Methodik:

Vorbereitung des Zwischenaudits gemäss den Vorgaben von UNICEF sowie der auditierenden Organisation (Stiftung Sanacert Suisse).

Involvierte Berufsgruppen:

Pflege, Ärzteschaft

14 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, 27.05.2016

Redaktion (alphabetisch):

Karin Aeberhard, Leiterin Qualitätsmanagement

Yvonne Basile, Entwicklung Pflege

Katrin Leutwyler, Patientenberaterin

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. Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Akutsomatik

Angebotene 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 chirurgisch (Neurochirurgie)
Neurochirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Grosse Pankreaseingriffe
Grosse Lebereingriffe
Oesophaguschirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)

Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Autologe Blutstammzelltransplantation
Gefässe
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Interventionen intraabdominale Gefässe
Gefässchirurgie Carotis
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
Radikale Zystektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
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
Transplantationen
Transplantationen solider Organe (IVHSM)
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Knochtumore
Plexuschirurgie

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)
Spezialisierte Geburtshilfe
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und \geq 2000g)
Neonatalogie (Level IIB, ab 32. SSW und \geq 1250g)
Spezialisierte Neonatalogie (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.



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**).



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



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