

Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+

Version 8.0



Akutsomatik

Spitalzentrum Biel
Vogelsang 84
2501 Biel
www.spitalzentrum-biel.ch

Freigabe am: 01.07.2015
durch: Geschäftsleitung SZB

Impressum

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2014

Frau
Dr. Karin Aeberhard
Leiterin Qualitätsmanagement

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 gewissen kantonalen Messungen teil.

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014	3
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	4
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
C1	Kennzahlen 2014	5
C2	Angebotsübersicht	5
D	Zufriedenheitsmessungen	8
D1	Patientenzufriedenheit	8
D2	Angehörigenzufriedenheit	9
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	10
D4	Zuweiserzufriedenheit	11
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	12
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	12
E1-1	Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	13
E1-2	Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	14
E1-3	Messung der Wundinfektionen nach Operationen	15
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus	18
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik	21
E1-6	Nationale Elternbefragung 2014 im Kinderbereich in der Akutsomatik.....	22
E1-7	SIRIS Implantatregister	23
E3	Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation	24
E3-1	Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation	25
E3-2	Bereichsspezifische Messungen	26
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014	27
F1	Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso)	27
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)	28
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)	29
G	Registerübersicht	30
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	32
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	32
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	32
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	35
I	Schlusswort und Ausblick	36
J	Anhänge	37

A

Einleitung

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

In diesem Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2014 erhalten Sie einen umfassenden Einblick in unsere Qualitätsbestrebungen sowie Kennzahlen.

Die medizinischen Leistungen, welche das SZB seinen Patientinnen und Patienten anbietet, finden Sie in Kapitel C1 und C2 (Seiten 5 - 7).

Verzeichnis der Anhänge

Organigramm SZB

Was verstehen wir unter Qualität?

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

www.spitalzentrum-biel.ch > Unternehmen > Publikationen

B1 Qualitätsstrategie und -ziele**Qualität im SZB 2014 – 2018**

Das SZB ist bestrebt, seine Qualität zu sichern und laufend weiterzuentwickeln. Hierfür wurde 2013 der Prozess der sanaCERT-Zertifizierung gestartet, welcher uns den Rahmen für die Entwicklung unseres Qualitätsmanagementsystems bietet. In Anlehnung an die neue Gesamtstrategie SZB wurden im Grundstandard das Qualitätsverständnis überarbeitet und die Ziele des Qualitätsmanagementsystems bis 2018 festgelegt.

Was verstehen wir unter Qualität?

- Unsere angebotenen Leistungen und deren Qualität orientieren sich am Bedarf und den Erwartungen aller Anspruchsgruppen. An erster Stelle steht dabei der Patient / die Patientin und insbesondere deren Gesundheit und Integrität.
- Qualität beinhaltet im SZB alle Massnahmen, die der Gewährleistung der Sicherheit von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden dienen.
- Qualität bedeutet das Zusammenfügen der individuellen Kompetenzen unserer Mitarbeitenden zu einer integrierten, auf die Patienten ausgerichteten Versorgung.
- Qualität bedeutet Einbezug von Evidenz-basierten Erkenntnissen sowie anerkannten Regeln und Standards.
- Qualität bedeutet aktive Zusammenarbeit mit Patienten/Innen und deren Angehörigen sowie mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern.
- Qualität bedeutet einfache Zugänglichkeit zu Leistungen für Patientinnen und Patienten.
- Qualität bedeutet transparente Informationen für Patienten/Innen, Angehörige und Mitarbeitende.
- Qualität kann unterteilt werden in die folgenden drei Qualitätsdimensionen:
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.
 - a) Zentrale Bestandteile der Strukturqualität sind für uns insbesondere: genügend fachkompetentes Personal, Verfügbarkeit von Leistungen und eine Infrastruktur, die es erlaubt, gute Arbeit zu erbringen.
 - b) Prozessqualität umfasst für uns (interdisziplinäre und interprofessionelle) Arbeitsabläufe in Kern-, Unterstützungs- und Führungsbereichen. Dazu müssen Zuständigkeiten klar geregelt und wo sinnvoll standardisiert sein.
 - c) Unter Ergebnisqualität verstehen wir das Erreichen von gesetzten Zielen und das Erfüllen von Erwartungen an die Leistungen des SZB.
- Qualität bedeutet kontinuierliches Streben nach Verbesserung.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014

- sanaCERT-Zertifizierung
- Förderung der Patientenzufriedenheit spitalweit
- Einführung und Umsetzung von Lean Management auf einer Bettenstation

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

Weiterführung und Abschluss des Prozesses der sanaCERT-Zertifizierung:

Projektorganisation und –zeitplan wurden bereits 2013 erarbeitet, die zu zertifizierenden Standards wurden festgelegt. Folgende Standards wurden anlässlich des Zertifizierungs-Audits vom 9. und 10. Dezember 2014 geprüft:

- Grundstandard: Qualitätsmanagement
- Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen
- Standard 3: Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern
- Standard 10: Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz
- Standard 15: Ernährung
- Standard 16: Frauenklinik
- Standard 21: Familienorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen
- Standard 28: Decubitusvermeidung und –behandlung

Die Zertifizierungskommission von sanaCERT suisse hat dem SZB am 9. März 2015 die Zertifizierung erteilt.

Förderung der Patientensicherheit:

Das CIRS (Information der Mitarbeitenden, Abläufe der Fallbearbeitung und der Massnahmenumsetzung) wurde evaluiert, Weiterentwicklungsmöglichkeiten wurden skizziert.

Förderung der Patientenzufriedenheit:

Zur weiteren Förderung der Patientenzufriedenheit, wurden bereits im Jahr 2012 zusätzliche Massnahmen beschlossen und weiter bearbeitet (vgl. Kap. D1, Seiten 8 - 9). Zudem wurde im Berichtsjahr die interne Patientenzufriedenheitsbefragung mit optimierten Abläufen und einem neuen Fragebogen umgesetzt. Weiter wurde auf einer Bettenstation Lean Management eingeführt und umgesetzt.

Durchführung folgender Outcome-Messungen gemäss Messplan des ANQ:

- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Teilnahme an der Messung potentiell vermeidbarer Reoperationen mit SQLape
- Teilnahme an der Messung potentiell vermeidbarer Rehospitalisationen mit SQLape
- Patientenzufriedenheitsmessungen mit dem ANQ-Kurzfragebogen (Erwachsene, neu auch Elternbefragung sowie Befragung von Patienten der geriatrischen Rehabilitation)
- Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methodik LPZ (neu auch Messung bei Kindern)
- Prävalenzmessung Sturz mit der Methodik LPZ
- SIRIS-Implantat-Register

Weitere Aktivitäten:

- **Spitalzentrum Biel als „babyfreundliche Klinik“ rezertifiziert**
Für das Label „Babyfreundliche Klinik“ fand am 25. Juli 2014 ein erfolgreiches Zwischenaudit statt.
- **Zertifizierung der Stroke Unit:**
Das Zertifizierungsaudit erfolgte bereits im Oktober 2013. Die Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies hat der Stroke Unit SZB am 11. April 2014 – in Zusammenarbeit mit sanaCERT – die Zertifizierung erteilt.
- **Patientensicherheit in der Chirurgie:**
Teilnahme der Chirurgischen Klinik am Programm „Progress! Sichere Chirurgie“ der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz.
- **ISO: Zwischenaudit des Labors**
Im Labor der SZB AG fand im Januar 2014 erfolgreich ein Zwischenaudit durch die Schweizerische Akkreditierungsstelle SAS statt.
- **Weiterentwicklung der internen Kennzahlensystematik:**
Es wurden Prozesse optimiert resp. neu erarbeitet, um den Organisationseinheiten spezifische interne Qualitätskennzahlen zeitnah zur Verfügung zu stellen.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- sanaCERT-Überwachungsaudit und systematische Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements
- ISO: Reakkreditierung Labor
- Zwischenaudit der Frauenklinik für das UNICEF-Label „Babyfreundliche Klinik“
- Ständige Weiterentwicklung eines internen Kennzahlensystems zur Kontrolle der (medizinischen) Qualität
- Durchführung der Outcome-Messungen gemäss Messplan des ANQ
- Förderung der Patientensicherheit:
Vertiefung und Evaluation des CIRS-Bearbeitungsprozesses
- Förderung der Patientenzufriedenheit
- Einführung und Umsetzung von Lean Management auf weiteren Bettenstationen und in Ambulatorien

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere Organisationsform: Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion der Leitung Unternehmensentwicklung (in der Direktion) unterstellt.
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	150 % Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. vet. Karin Aeberhard	032 324 17 82	karin.aeberhard@szb-chb.ch	Leiterin Qualitätsmanagement
Katrin Leutwyler	032 324 19 23	katrin.leutwyler@szb-chb.ch	Patientenberaterin
Yvonne Basile	032 324 44 93	yvonne.basile@szb-chb.ch	Entwicklung Pflege
Michael Stettler	032 324 38 40	michael.stettler@szb-chb.ch	Leiter Unternehmensentwicklung

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

Spitalgruppe			
<input type="checkbox"/> Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	mit folgenden Fachbereichen:		
	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht:

www.spitalzentrum-biel.ch > Unternehmen > Publikationen

C1 Kennzahlen 2014

Die Kennzahlen 2014 finden Sie unter diesem Link oder im aktuellen Geschäftsbericht.

www.spitalzentrum-biel.ch > Unternehmen > Publikationen

Bemerkungen

-

C2 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	X = angebotene medizinische Leistungen des SZB	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten, etc.)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie	X	
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>	X	
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>		
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>	X	
Medizinische Genetik <i>(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)</i>	X	Zusammenarbeit mit Konsiliararzt
Handchirurgie	X	Zusammenarbeit mit Médecin adjoint
Herzgefässchirurgie		

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	X = angebotene medizinische Leistungen des SZB	Zusammenarbeit im Versor- gungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten, etc.)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fach- ärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	X	
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	X	
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sek- retion)	X	
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	X	
☒ Geriatrie (Altersheilkunde)	X (geriatrischer Stütz-punkt mit Schwerpunkt geriatri- sche Rehabilitation im Rahmen der Vorgaben des Kantons)	
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph-systems)	X	
☐ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankhei- ten)	X	
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreis- lauf-erkrankungen)	X	Zusammenarbeit mit Médecins adjoints
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankun- gen)	X	Zusammenarbeit mit Radio-Onkologie Biel / Seeland / Jura Bernois AG
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwe- gen)	X	
☒ Physikalische Medizin und Rehabili- tation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	X	
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs-organe)	X	
Intensivmedizin	X	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	X	Zusammenarbeit mit Médecins adjoints (für Kieferchirurgie)
Kinderchirurgie	X	
Langzeitpflege	X	
Neurochirurgie		

Angebotene medizinische Fachgebiete (3. Seite)	X = angebotene medizinische Leistungen des SZB	Zusammenarbeit im Versor- gungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Ner- ven-systems)</i>	X	
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>		
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	X	Inkl. Wirbelsäulenchirurgie (Zusam- menarbeit mit Médecins adjoints Das Rückenzentrum)
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	X	Zusammenarbeit mit Médecins adjoints
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>	X	
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)</i>		
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	X	Frauenklinik: Beckenboden- Rekonstruktion sowie Zusamenar- beit mit Médecin adjoint (für Brustre- konstruktion nach Krebs)
Psychiatrie und Psychotherapie		
Radiologie <i>(Röntgen und andere bildgebende Verfah- ren)</i>	X	
Thoraxchirurgie <i>(Operationen an der Lunge, im Brustkorb und-raum)</i>	X	
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ablei- tenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	X	

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisie- rungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutio- nen, niedergelassenen Therapie- en etc.)
Diabetesberatung	X	
Ergotherapie	X	
Ernährungsberatung	X	
Logopädie	X	
Neuropsychologie	X	
Physiotherapie	X	
Psychologie		
Psychotherapie		
Stillberatung	X	
Stomaberatung	X	

D Zufriedenheitsmessungen

D1 Patientenzufriedenheit

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

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .			
Begründung			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2014	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2015 (ANQ und intern)

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

Messergebnisse, Wertung der Ergebnisse, Bemerkungen				
Patientenrückmeldungen via Fragebogen	2014	2013	2012	2011
Anzahl eingegangener Fragebögen	1984	985	1'166	1'199
	(ab hier neuer Fragebogen)			
- Davon mit Kommentar	56 %	79 %	77 %	78 %
Die durchschnittliche Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten war auch im Jahr 2014 hoch. Gesamthaft hat die Patientenberaterin im Berichtsjahr 144 neue Beschwerden (2013: 153) bearbeitet. Grundlage: Feedbacks aus den Fragebogen sowie weitere Rückmeldungen von Patienten.				

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instruments		Name des Messinstituts	
<input type="checkbox"/> PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> PZ Bench mark				
<input checked="" type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument	Fragebogen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ (laufende interne Erhebung)			
Beschreibung des Instruments				
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?		<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patientinnen und Patienten können ihren Spitalaufenthalt bewerten und darin ihre persönlichen Erfahrungen oder Verbesserungsvorschläge mitteilen.
	Ausschlusskriterien	Keine

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Der Einführungsprozess und der Wissenstransfer für neu eintretende Assistenzärzte wurde evaluiert, und ein 2tägiges Einführungsprogramm wurde erarbeitet (Umsetzung seit Februar 2014).	Bessere Kenntnisse der spital-internen Prozesse, Verbesserung der Patientenzufriedenheit	Medizin	2012 - 2014
Um die Koordination der Betreuung von Patienten bei komplexen Fällen zu verbessern und die Begleitung gezielt zu organisieren, wurde ein Pilotprojekt Casemanagement durchgeführt und Ende 2013 ausgewertet. Im 2014 wurde das Projekt auf das ganze Departement Medizin ausgedehnt.	Bessere Koordination und Betreuung, Verbesserung der Patientenzufriedenheit	Pflege, Med. Klinik	Seit 2013
Auf der Notfallstation und einer ersten Bettenstation wurden neue Prozesse eingeführt, die eine raschere Behandlung der Patienten (Notfallstation) resp. eine höhere Präsenz am Patientenbett (Bettenstation) erlauben.	Bessere Koordination und Betreuung, Verbesserung der Patientenzufriedenheit	Pflege, Ärzteschaft	Seit 2014

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Patientenberatung
Name der Ansprechperson	Frau Katrin Leutwyler
Funktion	Patientenberaterin
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Tel. 032 324 19 23, katrin.leutwyler@szb-chb.ch Montag, Dienstag, Donnerstag: 08.00 – 12.00 Uhr und 13.00 – 16.30 Uhr Mittwoch: 08.00 – 12.00 Uhr
Bemerkungen	-

D2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .
Begründung	-
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .			
Begründung			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2014	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2016

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse
<input type="checkbox"/> Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:		
<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung	Die Mitarbeiter wurden im 2014 zu ihrer Gesamtzufriedenheit befragt („Barometer“).	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Externes Messinstrument			
Name des Instruments		Name des Messinstituts	
<input checked="" type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments	Mitarbeiterzufriedenheit, Barometer-Umfrage (Online-Befragung)		

Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	alle Mitarbeitenden wurden befragt		
	Ausschlusskriterien	-		
Rücklauf in Prozent	43 %	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten
Unter anderem wurden im 2014 erarbeitet: <ul style="list-style-type: none"> • Angebot für alle Mitarbeitende, Abteilungen ausserhalb des eigenen Arbeitsgebietes kennen zu lernen • Massnahmen auf Ebene der einzelnen Organisationseinheiten

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2013	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: Ca. 2016

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheitswert	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits im folgenden Qualitätsbericht publiziert.	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Im Rahmen der Arbeiten zum SanaCERT-Standard 10, Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz, wurden Massnahmen erarbeitet.

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		

Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

E Nationale Qualitätsmessungen ANQ

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

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

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

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfektionen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationale Patientenbefragung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantatregister	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderspezifischer Messplan			
Messung der Wundinfektionen nach Blinddarm-Entfernungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationale Elternbefragung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen			
-			

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

E1-1 Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ¹ A, B oder C
Intern	Extern			
4.54 %	0.80 %	4.71 %	4.32 – 5.10 %	C
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .				
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung				

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Evaluation und Einführung eines Tools zur zeitnahen Erhebung der Rehospitalisations- und Reoperationsraten – Teilnahme an einem Pilotprojekt des ANQ	Zeitnahe Erhebung zum und Bearbeitung des Themas	alle	2015

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl auswertbare Austritte		9'238
Bemerkung		-

¹ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

E1-2 Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

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

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ² A, B oder C
2.67 %	2.52 %	2.25 – 2.79 %	B
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .			
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Evaluation und Einführung eines Tools zur zeitnahen Erhebung der Rehospitalisations- und Reoperationsraten – Teilnahme an einem Pilotprojekt des ANQ	Zeitnahe Erhebung zum und Bearbeitung des Themas	alle	2015

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Anzahl auswertbare Operationen	5'088	
Bemerkungen	-	

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

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

E1-3 Messung der Wundinfektionen nach Operationen

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

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

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

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2013 – 30. September 2014					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ³ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen			%		% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen bei Kinder und Jugendlichen	40	2	5.0 %	0.6 – 16.9	2.1 % (0.1 – 11.3)
<input type="checkbox"/> Hernienoperationen			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarmoperationen (Colon)	44	7	15.9 %	6.6 – 30.1	20.8 % (10.5 – 35.0)
<input checked="" type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)	240	8	3.3 %	1.4 – 6.5	6.5 % (3.5 – 10.9)
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	Folgen erst 2016	Folgen erst 2016	Folgen erst 2016	Folgen erst 2016	% ()
<input type="checkbox"/> Gebärmutterentfernungen					% ()
<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenchirurgie					% ()
<input type="checkbox"/> Magenbypass-operationen			%		% ()
<input type="checkbox"/> Rektumoperationen			%		% ()
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

³ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2014 (1. Oktober 2013 – 30. September 2014) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁴ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			%		% ()
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen			%		% ()
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen			%		% ()
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

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 Verbesserungsaktivitäten			
Aufgrund seiner familienfreundlichen Geburtsphilosophie hat das Spitalzentrum Biel (SZB) eine der niedrigsten Kaiserschnittsraten der Schweiz. Da wenn immer möglich eine normale Geburt angestrebt wird, sind die meisten Kaiserschnitte ungeplant. Dass ungeplante Kaiserschnitte eine höhere Infektrate haben, ist bekannt. In der Risikoadjustierung wird dies nicht berücksichtigt. Das SZB nimmt diese Resultate jedoch sehr ernst und hat seit 2013 eine ganze Reihe von Optimierungen umgesetzt.			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit
Schulung der Mitarbeitenden	Optimierung der Antibiotikagabe im Operationssaal (Insbesondere in der Frauenklinik Optimierung des Zeitpunkts der Verabreichung)	Operationssaal	Seit 2011 Seit August 2013
Umsetzung der neuen Richtlinien zur präoperativen Hautdesinfektion	Optimierung der Hautdesinfektion	Operationssaal	Seit 2013
Umsetzung der neuen Richtlinien „Grundsätze Hygiene in der OP-Abteilung“	Optimierung der Arbeitsabläufe	Operationssaal	Seit 2013
Umsetzung der neuen Richtlinien „Präoperative Rasur“	Optimierung der Arbeitsabläufe	Operationssaal	Seit 2013
Erarbeitung von präoperativen Standards zur OP-Vorbereitung für ausgewählte Eingriffe	Optimierung der Arbeitsabläufe	Operationssaal	Seit 2013

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Swissnoso

⁴ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus

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

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

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

Stürze

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

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

Deskriptive Messergebnisse 2014			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind. ⁵	2 *	In Prozent	1.6 % * * Vorläufige, nicht risikoadjustierte Ergebnisse
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Einschätzung (Screening) des Sturzrisikos durch Pflegende und Ärzte	Vermeidung von Stürzen	Alle	Seit Ende 2011
Systematische Sturzerfassung auf allen Pflegestationen	Kenntnis der Sturzhäufigkeit, Vermeidung von Stürzen	Alle	Seit Anfang 2012
Einsatz von Sensormatten und Antirutschsocken	Sturzfolgen minimieren	Alle	Seit 2011
Der angepasste nationale Sturzstandard steht den Mitarbeitenden im Intranet zentral zur Verfügung	Vermeidung von Stürzen	Alle	Seit 2012
Schulung der Mitarbeitenden	Sensibilisierung der Mitarbeitenden, Vermeidung von Stürzen	Alle	Seit 2012
Pro Abteilung gibt es eine Sturz-Fachverantwortliche	Sensibilisierung der Mitarbeitenden, Vermeidung von Stürzen, Controllingfunktion	Alle	Seit 2012

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.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten \geq 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.

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

	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. 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten	125	Anteil in Prozent (Antwortrate)	89.3 %
Bemerkungen	-		

Dekubitus (Wundliegen)

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen.

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

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

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

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus *	In Prozent *
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	6	4.8 %
	ohne Kategorie 1	4	3.2 %
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	3	2.4 %
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	2	1.6 %
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	3	2.4 %
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	2	1.6 %

Deskriptive Messergebnisse 2014		Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus *	In Prozent *
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	1	5.6 %
	ohne Kategorie 1	0	0 %
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	1	5.6 %
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0 %
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	0	0 %
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0 %

<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	-

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
* Vorläufige, nicht risikoadjustierte Ergebnisse			
Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit
Umsetzung eines einheitlichen Dekubitusstandards:			
<ul style="list-style-type: none"> Auf jeder Pflegestation gibt es 1 – 2 Pflegefachpersonen als Dekubitus-Fachverantwortliche 	Frühzeitige Erkennung von Risikofaktoren und von beginnendem Dekubitus; frühzeitige Behandlung / Vorbeugung.	Alle	Laufend seit ca. 2004
<ul style="list-style-type: none"> Viermal pro Jahr findet für die Fachverantwortlichen ein Erfahrungsaustausch statt 	Gegenseitiges Lernen	Alle	Dito
<ul style="list-style-type: none"> Eine Arbeitsgruppe evaluiert regelmässig Material für bewegtes Lagern 	Dekubitus-Vorbeugung	Alle	Dito
<ul style="list-style-type: none"> Vorhandensein von Spezialmatratzen (Wechseldruck) für gefährdete Patienten 	Folgen von Dekubitus behandeln resp. vorbeugen.	Alle	Seit Herbst 2011
<ul style="list-style-type: none"> Regelmässige Fallbesprechungen finden statt, Verbesserungsmaßnahmen werden abgeleitet 	Folgen von Dekubitus behandeln resp. vorbeugen.	Alle	Laufend seit 2014
Systematisches Dekubitus-Monitoring auf allen Pflegestationen.	Kenntnis der Dekubitus-häufigkeit, Vermeidung von Dekubitus	Alle	Laufend seit 2012
Vermehrter Einbezug von Notfallstation, OPS und Aufwachraum.	Kenntnis der Dekubitus-häufigkeit, Vermeidung von Dekubitus	Notfallstation, OPS, Aufwachraum	OPS und Aufwachraum seit längerem; Notfall seit 2014

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.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene	125	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	89.3 %
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche	18	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	100 %
Bemerkungen	-		

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitäts-indikator (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 Patienten-befragungen angebunden werden. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungs-kategorie erhoben.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauens-intervall⁶ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.75 (2013: 8.63)	8.49 – 9.01 (2013: 8.37 – 8.89)	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.70 (2013: 8.64)	8.46 – 8.93 (2013: 8.43 – 8.85)	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.80 (2013: 8.52)	8.55 – 9.06 (2013: 8.28 – 8.77)	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.76 (2013: 8.63)	8.52 – 9.00 (2013: 8.43 – 8.83)	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.28 (2013: 9.09)	9.09 – 9.48 (2013: 8.92 – 9.26)	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Verbesserungsaktivitäten: Vgl. Kapitel D1, Seite 9.

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

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut: hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2014 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Anzahl angeschriebene Patienten		684	
Anzahl eingetroffener Fragebogen		244	Rücklauf in Prozent: 35.7 %
Bemerkungen		-	

⁶ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-6 Nationale Elternbefragung 2014 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.

Die Teilnahme an weiteren Angehörigenbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Messergebnisse 2014			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall⁷ CI = 95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	9.26 (2013: 9.25)	8.90 – 9.63 (2013: 8.78 – 9.72)	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.86 (2013: 9.17)	8.22 – 9.50 (2013: 8.82 – 9.53)	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	9.03 (2013: 9.14)	8.54 – 9.51 (2013: 8.67 – 9.61)	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.86 (2013: 8.71)	8.41 – 9.30 (2013: 8.15 – 9.28)	0 = nie 10 = immer
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.42 (2013: 9.66)	8.95 – 9.88 (2013: 9.36 – 9.95)	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

-

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.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Kinder und Jugendlichen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2014 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. 	
Anzahl angeschriebene Eltern	85		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	37	Rücklauf in Prozent	43.5 %
Bemerkungen	-		

⁷ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-7 SIRIS Implantatregister

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

Messergebnisse		
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch		
Bemerkungen		
-		
Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFM)	
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantaten
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkungen		-

E3 Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation

Die ANQ-Messvorgaben in der Rehabilitation gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten werden entsprechende Messinstrumente je nach Rehabilitationsart bei Ein- und Austritt eingesetzt. Die Patientenzufriedenheitsbefragung wird ebenfalls bei allen stationären Patienten durchgeführt.

Messbeteiligung			
Der Messplan 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Rehabilitation:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messungen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bereichsspezifische Messungen für			
a) muskuloskelettale Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) neurologische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) kardiale Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) pulmonale Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) andere Rehabilitationstypen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen			
-			

Erläuterung zu den einzelnen Messungen und Methoden finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Webseite des ANQ: www.anq.ch/rehabilitation

E3-1 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation

Die nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation erfolgte in Anlehnung an die Befragung in der Akut-somatik. Die fünf Fragen sind jedoch an die Besonderheiten der Rehabilitation angepasst.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Messergebnisse 2014			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall⁸ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in diese Rehabilitationsklinik kommen?	9.00 (2013: 7.88)	7.29 – 10.00 (2013: 6.09 – 9.69)	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Rehabilitationsbehandlung, die Sie erhalten haben?	8.43 (2013: 7.50)	6.51 – 10.00 (2013: 5.70 – 9.30)	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.25 (2013: 7.50)	7.17 – 10.00 (2013: 5.43 – 9.57)	0 = nie 10 = immer
Wie fanden Sie die Betreuung durch das therapeutische Personal, durch das Pflegepersonal und den Sozialdienst während Ihres Aufenthaltes?	9.00 (2013: 7.50)	7.37 – 10.00 (2013: 5.81 – 9.19)	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.67 (2013: 8.75)	9.15 – 10.00 (2013: 7.91 – 9.59)	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Tiefer Rücklauf (s. unten).

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.

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 2014 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 - Mehrfach hospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Anzahl angeschriebene Patienten		16	
Anzahl eingetreffener Fragebogen		7	Rücklauf in Prozent 43.8 %
Bemerkungen		Verbesserungsaktivitäten: Vgl. Kapitel D1, Seite 9.	

⁸ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E3-2 Bereichsspezifische Messungen

Für die Qualitätsmessungen in der muskuloskelettalen, neurologischen, kardialen und pulmonalen Rehabilitation sowie in anderen Rehabilitationsarten stehen insgesamt neun Instrumente zur Verfügung. Die Messungen sind in die klinische Routine eingebettet. Sie erfolgen bei allen stationär behandelten Rehabilitations-Patienten. Je nach Indikation werden jedoch andere Messinstrumente eingesetzt. Bei jedem Patienten kommen insgesamt zwei bis drei Instrumente jeweils bei Ein- und Austritt zur Anwendung.

Weiterführende Informationen zu den bereichsspezifischen Messungen im Bereich der Rehabilitation finden Sie unter www.anq.ch.

Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Abteilung Rehabilitationsforschung	
Methoden / Instrumente	Muskuloskelettale und neurologische Rehabilitation	
	Hauptziele (HZ) und Zielerreichung (ZE)	<input type="checkbox"/>
	Functional Independence Measurement (FIM)	<input type="checkbox"/>
	Erweiterter Barthel-Index (EBI)	<input type="checkbox"/>
	Health Assessment Questionnaire (HAQ)	<input type="checkbox"/>
	Kardiale und pulmonale Rehabilitation	
	6-Minuten-Gehtest	<input type="checkbox"/>
	Fahrrad-Ergometrie	<input type="checkbox"/>
	MacNew Heart	<input type="checkbox"/>
	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	<input type="checkbox"/>
	Feeling-Thermometer	<input type="checkbox"/>
Messergebnisse		
Erste Auswertungen und Messergebnisse stehen für das Berichtsjahr 2014 noch nicht zur Verfügung. Sie werden zu einem späteren Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/rehabilitation		
Bemerkungen		
-		
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationär behandelten erwachsenen Patienten
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendrehabilitation
Bemerkungen	-	

F1 Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso)

Messthema	Infektionen (andere als mit Swissnoso)
Was wird gemessen?	Isolationen, Händehygiene usw. (Erhebungen durch die Spitalhygiene SZB)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse

Infektionen

Vgl. unten.

<input type="checkbox"/>	Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Wichtigste bearbeitete Themen	Bemerkungen
Kontaktisolationen (resistente Erreger):	Laufende Erhebung von Isolationen in allen Kliniken. Im Jahr 2014 wurden insgesamt 36 Kontaktisolationen (2013: 59) 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.
Händehygiene:	Ein Aktionstag für alle Mitarbeitenden fand am 6.5.2014 statt. Beobachtungen zur Händehygiene: Die Gesamt-Compliance im ganzen SZB betrug für alle gemessenen Bereiche 72 %. Bereiche, welche die Zielvorgaben von 75 % nicht erreichten, wurden entsprechend geschult und erneut beobachtet.
Laufend seit Sept. 2011:	Erfassung von Katheterseptikämien bei Zentralvenösen Kathetern (ZVK) auf der Intensivpflegestation.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt .	Name des Instruments:	Erhebung der Isolationen
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt .	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	Für die Durchführung der Beobachtungen der Händehygiene: Vorgehen gemäss Methodik von HCARE-KSSG-Infekt

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

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)
Was wird gemessen?	Sturzerfassung (Risikoeinschätzung, Anzahl Stürze, Sturzfolgen, Präventionsmassnahmen)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/> * In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	* Ausnahmen: Wochenbett und Kinderklinik

Messergebnisse

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge
523	Davon: <ul style="list-style-type: none"> • 156 mit leichter Verletzung (z. B. Bluterguss) • 12 mit schwerer Verletzung (z. B. Rissquetschwunden, Frakturen) 	355
<input type="checkbox"/> Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Verbesserungsaktivitäten: Vgl. Kapitel E1-4, Seite 18.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Sturzprotokoll
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Risikoeinschätzung erfolgt bei Patienten ab 70 Jahren und / oder Patienten mit erhöhtem Sturzrisiko z. B. wegen Alkohol- / Drogenabusus, Demenz, eingeschränkter Mobilität oder ähnlichem.
	Ausschlusskriterien	Alle übrigen Patienten.
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		
Bemerkungen		Vgl. Erläuterungen oben.

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

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)
Was wird gemessen?	Dekubitus-Monitoring und dauernde Massnahmen

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/> * In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	* Ausnahme: Wochenbett

Messergebnisse	
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt
135 – alle Dekubitus inkl. Grad 1	196 – alle Dekubitus inkl. Grad 1
<input type="checkbox"/> Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Verbesserungsaktivitäten: Vgl. Kapitel E1-4, Seite 20.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014		
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Dekubitusprotokoll
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten des SZB werden nach Eintritt in ihrem Bewegungs-, Haut- und Ernährungszustand klinisch eingeschätzt.
	Ausschlusskriterien	Kinder
Bemerkungen	-	

G Registerübersicht

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

Nimmt Unser Betrieb an Registern teil?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil. Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.

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

Registerübersicht			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
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
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Seit mind. 2003

Registerübersicht			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	Seit ca. 2007
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2011

Bemerkung
-



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Akkreditierung gemäss ISO/IEQ 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 (vorher Stillfreundliches Spital UNICEF)	Frauenklinik: Gebärabteilung	1994	2013	Inkl. Erfüllung der 10 Schritte für die Erfüllung der Mindestanforderungen und laufendem Monitoring (= Stillstatistik) mit externem Benchmarking.
sanaCERT suisse	Qualitätsmanagementsystem des SZB	2015		
Qualitätslabel Stroke-Unit	Notfallstation, Medizinische Klinik, Neurologie	2014		
QualiKita	Kindertagesstätte des SZB „Kita am Waldrand“	2013	2015	
Rekole	Finanzen	2012		

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
CIRS Critical Incident Reporting System	Erfassung kritischer Ereignisse und Auswertung in Klinik-spezifischen Review-Teams	Ganzer Betrieb	Laufend
	Evaluation CIRS-Konzept und -prozess	Ganzer Betrieb – Qualitätsmanagement	2013 - 2014
Patientenfeedbacks (interne Patientenbefragung) / Beschwerdemanagement	Kundenzufriedenheit ermitteln und verbessern.	Ganzer Betrieb	Laufend
Patientenfeedbacks (interne Patientenbefragung): Evaluation der Befragungsmethodik, Erarbeitung eines neuen Fragebogens und Optimierung der Bearbeitungsabläufe	Kundenzufriedenheit ermitteln und verbessern.	Ganzer Betrieb	2013 - 2014
Durchführung von Kommunikationskursen für alle Mitarbeitenden mit Patientenkontakt.	Verbesserung der Kommunikation mit Patienten und damit Verbesserung der Kundenzufriedenheit (Für die unterschiedlichen Berufsgruppen optimiertes Kursangebot)	Ganzer Betrieb	Beginn Frühjahr 2009; seither laufend
Qualitätsmanagement	Kontinuierliche Qualitätsentwicklung	Ganzer Betrieb – Qualitätsmanagement	Laufend

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Internes Kennzahlensystem umsetzen und weiter entwickeln	Optimierung der Dienstleistungsqualität	Ganzer Betrieb – Qualitätsmanagement	Laufend seit 2011
Qualitätsmanagement: Evaluation und Festlegung der QM-Weiterentwicklung (Ziele 2014 – 2018) und der neuen Qualitätspolitik	Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements	Ganzer Betrieb – Qualitätsmanagement	Herbst 2012 - 2014
Teilnahme der Chirurgischen Klinik am Pilotprojekt „progress! Sichere Chirurgie“ der Stiftung Patientensicherheit Schweiz	Die Zahl der invasiven Zwischenfälle senken.	Chirurgische Klinik	2013 - 2015
Umsetzung der Branchenlösung von H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz inkl. Analysen von Berufsunfällen mit über 3 Absenztagen	Arbeitssicherheit gewährleisten, Prävention von Berufsunfällen und –krankheiten	Ganzer Betrieb	Laufend
Umsetzung Heilmittelgesetz und Medizinprodukteverordnung: Hämo-, Materio- und Pharmacovigilance	Sicherheit von Patienten und Mitarbeitenden gewährleisten	Ganzer Betrieb	Laufend
Erfassung von Isolationstagen	Leistungserfassung, Qualitätssicherung bei der Umsetzung	Ganzer Betrieb – Spitalhygiene	Laufend
Erfassung der Antibiotika-Resistenzstatistik	Antibiotika gezielt einsetzen und deren Wirksamkeit erfassen, um Resistenzen zu vermindern.	Ganzer Betrieb – Spitalhygiene	Laufend
Anwendung des HACCP-Konzeptes (Hasard Analysis Critical Control Point) in der Lebensmittelverarbeitung.	Die Gute Herstellungspraxis in der Lebensmittelverarbeitung wird gewährleistet unter Beizug eines Spezialisten.	Ganzer Betrieb – Hauswirtschaft und Gastronomie	Laufend
Aktionstag Händehygiene	Refresher für alle Mitarbeitenden zum Thema Händehygiene	Ganzer Betrieb – Spitalhygiene	6.5.2014 (beendet)
Delirprophylaxe	Gefährdung von Patienten evaluieren und Prophylaxe-Massnahmen einleiten, damit Patienten nicht in ein Delir kommen	Chirurgische Klinik, Frauenklinik, Orthopädie	Laufend seit 2011
Fachstelle für ergonomische Arbeitsplatzgestaltung	Verbesserung von Arbeitsplatzergonomie und Mitarbeiterzufriedenheit, Reduktion von Absenzen	Ganzer Betrieb	Laufend seit 2007
Schulung Kinaesthetics	Patienten in ihrer Bewegung anleiten und dadurch in deren Gesundheitsentwicklung unterstützen	Ganzer Betrieb – Pflege	Laufend
Sturzrisikoanalyse/ -screening bei allen stationären Patienten	Erfassung der Stürze auf Station mit dem Ziel, künftig ähnliche Ereignisse zu vermeiden	Ganzer Betrieb ausser KKW und Wochenbett – Ärzteschaft, Pflege und Physiotherapie	Laufend seit 2011
Sturzmonitoring via Protokoll im Klinikinformationssystem KISIM	Laufende systematische Erfassung von Stürzen auf Station mit dem Ziel der Vorbeugung resp. der frühzeitigen Erkennung und Behandlung	Ganzer Betrieb ausser KKW und Wochenbett – Ärzteschaft, Pflege und Physiotherapie	Laufend seit Anfang 2012
Dekubitusmonitoring via Protokoll im Klinikinformationssystem KISIM	Laufende systematische Erfassung von Dekubitus auf Station mit dem Ziel der Vorbeugung resp. der frühzeitigen Erkennung und Behandlung	Ganzer Betrieb ausser Wochenbett – Pflege	Laufend seit Anfang 2012
Erfassung von Katheterseptikämien bei Zentralvenösen Kathetern (ZVK) auf der Intensivpflegestation	Erhebung der Infektrate (Ist-Situation) bei allen im SZB eingelegten ZVK's.	Spitalhygiene, Intensivpflegestation	Laufend seit Sept. 2011

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein CIRS?
Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat 2005 flächendeckend ein CIRS eingeführt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.
Bemerkungen	Laufende Weiterentwicklung des CIRS.

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitlel	Evaluation und Anpassung der internen Patientenbefragung
Projektart	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Evaluation und Anpassung der bestehenden, laufend durchgeführten internen Patientenbefragung mit dem Fragebogen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ im Rahmen der sanaCERT-Zertifizierung des Standards 2, Erhebung von Patientenurteilen.
Beschreibung	Vgl. oben.
Projektablauf / Methodik	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung von Evaluationskriterien und -methodik. • Festlegung der Ziele, welche mit der Evaluation erreicht werden sollen. • Evaluation der bisherigen Befragungsmethodik nach den zuvor festgelegten Kriterien mit Hilfe eines morphologischen Kastens. • Überprüfung der bisherigen Abläufe bei der Patientenbefragung. • Festlegung von Optimierungsmöglichkeiten in den Abläufen der Patientenbefragung (Abgabe des Fragebogens, zeitnahe Erfassung der Daten und weitere Verarbeitung, interne Kommunikation der Rückmeldungen und Ergebnisse, Ableitung von Verbesserungsmassnahmen, Dokumentation) • Kontaktaufnahme mit involvierten Berufsgruppen (v. a. Pflege, Hotellerie) und Anpassung der bisherigen Abläufe bei der Patientenbefragung. • Entsprechende Überarbeitung der vorhandenen Unterlagen (Fragebogen, Prozessanweisung) • Controlling erarbeiten, um den Erfolg der Anpassungen zu überprüfen (z. B. Anzahl eingegangener Fragebogen) • Verlauf beobachten und steuern • Zeitraum der Evaluation und Anpassung der internen Patientenbefragung: August 2013 bis Februar 2014; im Anschluss wurden die Änderungen regelmässig thematisiert und wo nötig Korrekturen erarbeitet.
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?

Involvierte Berufsgruppen	V. a. Hotellerie, Pflege, Patientenberatung.
Projektevaluation / Konsequenzen	Durch die Anpassung der Befragungsmethodik konnte der Rücklauf der Fragebogen mehr als verdoppelt werden. Zudem ist neu ein Vergleich mit externen Kennzahlen möglich, und die erhobenen Befragungsergebnisse werden zeitnah an die einzelnen Organisationseinheiten weitergeleitet.
Weiterführende Unterlagen	-

I Schlusswort und Ausblick

Die Veränderungen im Gesundheitswesen mit der Einführung der Fallpauschalen wirken sich auf die Arbeiten im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung und -entwicklung aus.

Zentraler Fokus im Berichtsjahr war die Weiterentwicklung des systematischen Qualitätsmanagement-Systems. Insbesondere wurde der sanaCERT-Zertifizierungsprozess weitergeführt und konnte mit einem erfolgreichen Zertifizierungsaudit am 9. und 10. Dezember 2014 vorläufig abgeschlossen werden. Die Zertifizierungskommission von sanaCERT suisse hat dem SZB am 9. März 2015 die Zertifizierung erteilt.

Neben der Evaluation von internen Kennzahlen und der Überarbeitung der internen Patientenzufriedenheitsbefragung wurden auch die Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) umgesetzt. Mit Hilfe von relevanten Datenerhebungen sollen im SZB Verbesserungsmöglichkeiten auch künftig möglichst rasch identifiziert und nötige Anpassungen durchgeführt werden können.

Die Intensivierung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements ergeben sich als Notwendigkeit auch aus der zunehmend transparenten Publikation von Qualitätsdaten (z.B. des ANQ). Transparente und verständlich aufbereitete Qualitätszahlen können Patientinnen und Patienten künftig als wichtige Orientierungshilfe und Informationsquelle dienen. Für die einzelnen Spitäler sind sie eine Chance zur stetigen Weiterentwicklung.

Übergeordnetes Ziel sämtlicher Bestrebungen ist, eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung unserer Patienten zu wirtschaftlichen Bedingungen zu gewährleisten – heute und in Zukunft.

Biel-Bienne, 01.07.2015

Redaktion (alphabetisch):

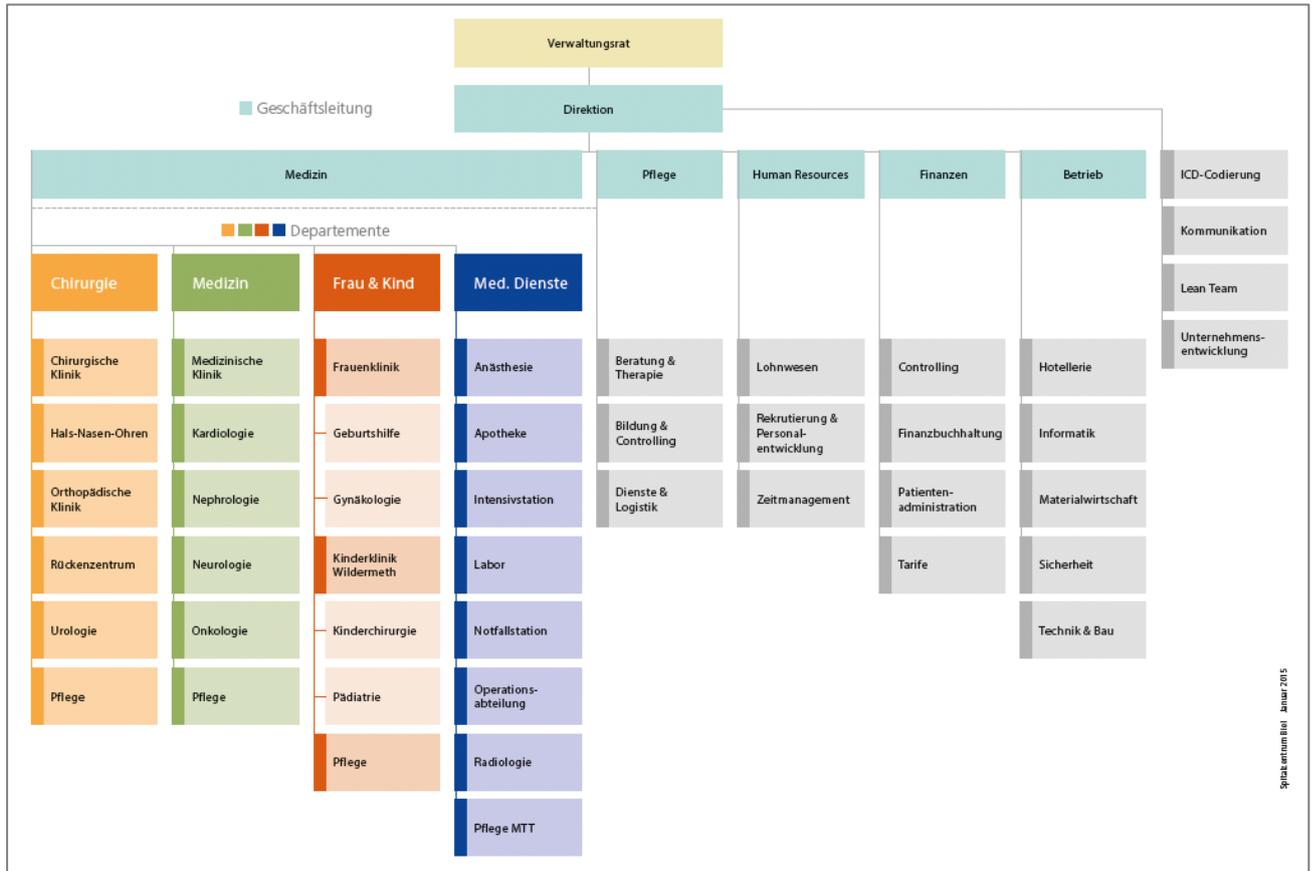
Karin Aeberhard, Leiterin Qualitätsmanagement

Yvonne Basile, Entwicklung Pflege

Katrin Leutwyler, Patientenberaterin

Michael Stettler, Leiter Unternehmensentwicklung

I. Organisation des SZB



II. Links

Homepage SZB: <http://www.spitalzentrum-biel.ch>

III. Was verstehen wir unter Qualität?

- Unsere angebotenen Leistungen und deren Qualität orientieren sich am Bedarf und den Erwartungen aller Anspruchsgruppen. An erster Stelle steht dabei der Patient / die Patientin und insbesondere deren Gesundheit und Integrität.
- Qualität beinhaltet im SZB alle Massnahmen, die der Gewährleistung der Sicherheit von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden dienen.
- Qualität bedeutet das Zusammenfügen der individuellen Kompetenzen unserer Mitarbeitenden zu einer integrierten, auf die Patienten ausgerichteten Versorgung.
- Qualität bedeutet Einbezug von Evidenz-basierten Erkenntnissen sowie anerkannten Regeln und Standards.
- Qualität bedeutet aktive Zusammenarbeit mit Patienten/Innen und deren Angehörigen sowie mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern.
- Qualität bedeutet einfache Zugänglichkeit zu Leistungen für Patientinnen und Patienten.
- Qualität bedeutet transparente Informationen für Patienten/Innen, Angehörige und Mitarbeitende.
- Qualität kann unterteilt werden in die folgenden drei Qualitätsdimensionen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.
 - a) Zentrale Bestandteile der Strukturqualität sind für uns insbesondere: genügend fachkompetentes Personal, Verfügbarkeit von Leistungen und eine Infrastruktur, die es erlaubt, gute Arbeit zu erbringen.
 - b) Prozessqualität umfasst für uns (interdisziplinäre und interprofessionelle) Arbeitsabläufe in Kern-, Unterstützungs- und Führungsbereichen. Dazu müssen Zuständigkeiten klar geregelt und wo sinnvoll standardisiert sein.
 - c) Unter Ergebnisqualität verstehen wir das Erreichen von gesetzten Zielen und das Erfüllen von Erwartungen an die Leistungen des SZB.
- Qualität bedeutet kontinuierliches Streben nach Verbesserung.

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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



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

Siehe auch: www.anq.ch



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