

Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

26.05.2016
Anna Ziegler, Teamleitung Pflegeexpertise &
Qualitätsmanagement Salem-Spital

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
Andrea Müller
Abteilungsleiterin Qualitätsmanagement Hirslanden Bern AG
031 335 73 46
andrea.mueller@hirslanden.ch
(bis 30.04.2016)

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 Spitalertritt. 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	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	8
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	9
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	9
4.2 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	10
4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte	11
4.3.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	11
4.4 Registerübersicht	12
4.5 Zertifizierungsübersicht	13
QUALITÄTSMESSUNGEN	14
Befragungen	15
5 Patientenzufriedenheit	15
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	15
5.2 Beschwerdemanagement	16
6 Mitarbeiterzufriedenheit	17
6.1 Eigene Befragung	17
6.1.1 Your Voice - Erhebung und Förderung des „Employee Engagements“	17
6.1.2 Great Place to Work	18
7 Zuweiserzufriedenheit	19
7.1 Eigene Befragung	19
7.1.1 Ärztebefragung	19
Behandlungsqualität	20
8 Wiedereintritte	20
8.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	20
9 Operationen	22
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	22
10 Infektionen	23
10.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	23
11 Stürze	26
11.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	26
12 Wundliegen	28
12.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	28
13 Weitere Qualitätsmessung	31
13.1 Weitere eigene Messung	31
13.1.1 Infektionen (andere als mit Swissnoso)	31
13.1.2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)	33
13.1.3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)	34
13.1.4 Bewertung der Ergebnisqualität mit dem International Quality Indicator Project (IQIP)	35
14 Projekte im Detail	36
14.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	36
14.1.1 Eintritts- und Tagesklinik	36
14.1.2 Apotheke entlastet Pflege	37

14.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015	38
14.2.1	APN Viszeralchirurgie	38
14.2.2	Relaunch Safe Surgery	39
14.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	40
14.3.1	ISO 9001:2008	40
14.3.2	Zertifizierung als internationales Kompetenzzentrum für Adipositaschirurgie.....	40
15	Schlusswort und Ausblick	41
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	42
	Herausgeber	43

1 Einleitung

In den Berner Hirslanden Kliniken und dem Praxiszentrum am Bahnhof steht ein breites Spektrum von Dienstleistungen zur Verfügung. Die moderne Infrastruktur und die medizinische Fachkompetenz sind Ausdruck einer Philosophie, die unser Handeln seit Jahren bestimmt.

Ziel ist es, die Kundenzufriedenheit zu erhöhen und qualitativ hochstehende Dienstleistungen bereitzustellen, die den Kundenansprüchen, aber auch behördlichen Anforderungen genügen. An den drei Standorten der Hirslanden Kliniken in Bern (Klinik Beau-Site (BS), Salem-Spital (SA) und Klinik Permanence (PM)) und dem Praxiszentrum am Bahnhof (PZB) wurde im Jahr 2015 eine erfolgreiche ISO-Rezertifizierung ohne Nebenabweichungen durchgeführt. Der Qualitätsanspruch gegenüber dem medizinischen Qualitätsmanagement steigt kontinuierlich. Um diesem Anspruch gerecht zu werden wurden im Jahr 2015 zahlreiche Massnahmen umgesetzt und innovative Veränderungen eingeleitet, um die Behandlungsqualität zu steigern. Zudem konnte die Qualität der Datenerhebung und der Kennzahlenbearbeitung durch gezielte Analysen und Systematisierungen weiter verbessert werden.

Betreffend Patientensicherheit standen folgende Aktivitäten im Fokus (nicht abschliessende Aufzählung):

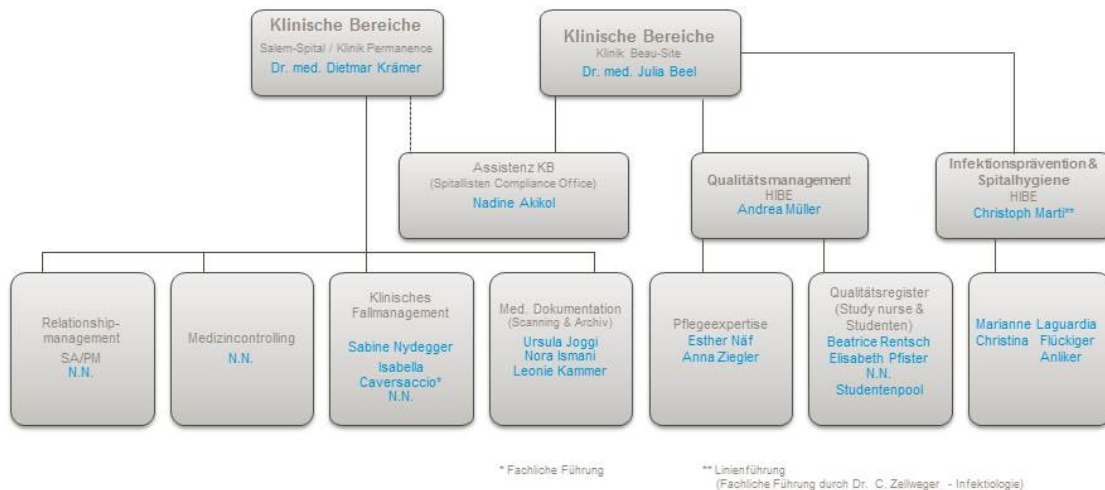
- Sensibilisierung und Schulung bestehender und neu eintretender Mitarbeiter zum Thema CIRS
- Die Steigerung von CIRS & Komplikationsmeldungen
- Zunehmende interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Etablieren von MOMO Konferenzen
- Durchführung der Peer-Review-Verfahren gemäss Vorgaben von IQM mit unabhängigen Fachärzten
- Aufgrund verfeinerter Kategorisierung der CIRS Medikamenten Meldungen adäquatere Verbesserungsmassnahmen mit Fokus auf die Medikationssicherheit
- Überarbeitung der Safe-Surgery-Checkliste und Optimierung der Verankerung dieser in die bestehenden Abläufe
- Erarbeitung eines gruppenweiten Patientensicherheitskonzeptes und anschliessender Überprüfung der Umsetzung

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

KLINISCHE BEREICHE HIRSLANDEN BERN ORGANIGRAMM (STAND MAI 2015)



10.03.2016

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **540%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Dr. med. Julia Beel
Qualitätsbeauftragte
Hirslanden Bern AG
031 335 73 40
Julia.Beel@hirslanden.ch

Frau Andrea Müller
Abteilungsleiterin Qualitätsmanagement
Hirslanden Bern AG
031 335 73 46
Andrea.Mueller@hirslanden.ch

Herr Christoph Marti
Teamleiter Spitalhygiene und
Infektionsprävention
Hirslanden Bern AG
031 335 73 47
christoph.marti@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

Unser Anspruch ist die Qualitätsführerschaft in Bezug auf Behandlungsergebnisse, Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und Zuweiserzufriedenheit. Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie respektive in den Unternehmenszielen explizit verankert. Die übergeordneten Qualitätsziele lauten:

- Patienten, Ärzte, Mitarbeiter und Partner wählen Hirslanden, weil sie von der hohen Qualität der erbrachten Dienstleistungen profitieren wollen.
- Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels „Hirslanden positioniert sich als führender Leistungsanbieter im Zusatzversicherungssegment und differenziert sich im Markt über Qualitätsführerschaft“ ausgerichtet.
- Hirslanden stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.
- Hirslanden setzt ein umfassendes Risikomanagement ein, dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement.
- Hirslanden verpflichtet sich der kontinuierlichen Verbesserung, unterstützt durch die Veröffentlichung der erhobenen Daten und Benchmarking und stellt sich den nach dem KVG vorgegebenen Qualitätsvergleichen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015

Zu den Schwerpunkten im Qualitätsmanagement zählen die systematischen Arbeiten an den Prozessen, im Sinne einer hohen Patientenzufriedenheit, und die Einführung von Massnahmen zur weiteren Erhöhung der Patientensicherheit. Durch die konsequente Nutzung der Synergien innerhalb der Hirslanden Kliniken wurden Standards im Bereich Qualitätsmanagement in der Schweizer Spitallandschaft gesetzt.

- Optimierung der Prozesse die die Patientensicherheit erhöhen
- Steigerung von CIRS & Komplikationsmeldungen
- Business Excellence

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

- ISO-Rezertifizierung (9001:2008) erfolgreich durchgeführt.
- IQM-Peer Review: Transparenz schaffen, Optimierungspotential erkennen und Qualität verbessern durch Zusammenarbeit im Verein IQM und durchführen von ärztlichen Peer Reviews
- Etablierung des Patientensicherheitskonzeptes

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Ausbau von Synergien (Förderung von Austausch in Netzwerken, gegenseitige Prozessaudits)
- ISO: Überprüfung Anwendung EN 15224 in der Gruppe
- Patientensicherheit (Überprüfung gruppenweiter Konzepte, einheitliche Erfassungsstandards / Indikationsqualität)
- Befragungen (Patientenzufriedenheitsmessung, Ärztezufriedenheitsmessung / Zuweiserzufriedenheitsmessung, Lebensqualitätsmessung SF-36, Rückmeldungsmanagement CRM)
- Standardisierung Pflege / Medizintechnik-Pflege (Schmerzkonzept bei Herz- und gefässchirurgischen Patienten, Skill – Grade Mix Orthopädie, Pflegeorganisationsmodell, Delirmanagement, Einsatz von FaGe in Spezialbereichen, Einführung ANP Herzchirurgie)
- Umsetzung Anforderungen Listenspitäler

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:	Saletn-Spital	Klinik Beau-Site	Klinik Permanence
<i>Akutsomatik</i>			
▪ Nationale Patientenbefragung 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	√	√	√

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:			
	Salem-Spital	Klinik Beau-Site	Klinik Permanence
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>			
▪ Your Voice - Erhebung und Förderung des „Employee Engagements“	√	√	√
▪ Great Place to Work	√	√	√
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>			
▪ Ärztebefragung	√	√	√

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:			
	Salem-Spital	Klinik Beau-Site	Klinik Permanence
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>			
▪ Infektionen (andere als mit Swisnoso)	√	√	√
▪ Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)	√	√	√
▪ Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)	√	√	√
▪ Bewertung der Ergebnisqualität mit dem International Quality Indicator Project (IQIP)	√	√	√

4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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 2011 eingeführt.

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

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

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

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	Standorte
AMDS Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iump.ch/ADS	1998	Klinik Beau-Site
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	2013	Klinik Beau-Site
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	1998	Klinik Beau-Site
Infreporting Melde-System meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	2007	Salem-Spital , Klinik Beau-Site, Klinik Permanence
Dialyseregister Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2007	Salem-Spital
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	2013	Klinik Beau-Site
Swiss Spine SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch	2007	Salem-Spital , Klinik Beau-Site, Klinik Permanence
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2012	Salem-Spital , Klinik Permanence

KR Bern Krebsregister Bern	Alle	www.krebsregister.unibe.ch	2014	Salem-Spital , Klinik Beau-Site, Klinik Permanence
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2011	Salem-Spital , Klinik Beau-Site, Klinik Permanence

Bemerkungen

Weitere Register:

Swiss Heart Surgery Register	seit 2013	Klinik Beau-Site
TAVI - Transkatheteraortenklappenimplantation	seit 2014	Klinik Beau-Site
Schweizerische Statistik für Herzschrittmacher ICD und Ablationen	seit 2008	Klinik Beau-Site
PCI - Perkutane Koronare Interventionen	seit 2012	Klinik Beau-Site
WBC - Westdeutsches Brustzentrum	seit 2008	Salem-Spital

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	Standorte	Kommentare
ISO 9001:2008	Gesamtzertifizierung Hirslanden Bern AG	2009	2015	Klinik Beau-Site	
ISO 9001:2008	Gesamtzertifizierung Hirslanden Bern AG	2009	2015	Salem-Spital	
ISO 9001:2008	Gesamtzertifizierung Hirslanden Bern AG	2009	2015	Klinik Permanence	

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	
Salem-Spital				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.50	9.40	9.40	9.60 (9.50 - 9.70)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.30	9.20	9.10	9.30 (9.20 - 9.50)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.40	9.50	9.40	9.40 (9.30 - 9.50)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.20	9.20	9.20	9.30 (9.30 - 9.50)
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.50	9.60	9.50	9.70 (9.60 - 9.80)
Klinik Beau-Site				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.50	9.60	9.50	9.30 (9.00 - 9.50)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.40	9.50	9.30	9.30 (9.10 - 9.50)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.60	9.50	9.40	9.40 (9.20 - 9.60)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.20	9.40	9.20	9.20 (9.20 - 9.60)
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.70	9.70	9.70	9.60 (9.40 - 9.70)
Klinik Permanence				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.80	9.50	9.50	9.10 (8.70 - 9.50)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.40	9.40	9.00	9.20 (9.00 - 9.50)
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.40	9.30	9.30	9.30 (9.10 - 9.60)
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.30	9.10	9.10	9.10 (9.10 - 9.60)

Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.70	9.60	9.40	9.30 (9.00 - 9.60)
--	------	------	------	-----------------------

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.

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. 	
Salem-Spital			
Anzahl angeschriebene Patienten 2015	572		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	290	Rücklauf in Prozent	51 %
Klinik Beau-Site			
Anzahl angeschriebene Patienten 2015	370		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	204	Rücklauf in Prozent	55 %
Klinik Permanence			
Anzahl angeschriebene Patienten 2015	182		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	92	Rücklauf in Prozent	51 %

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden Bern AG

Abteilungsleiterin Qualitätsmanagement

Andrea Müller

031 335 7346

andrea.mueller@hirslanden.ch

zu Bürozeiten

(bis 30.4.2016)

6 Mitarbeiterzufriedenheit

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

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Your Voice - Erhebung und Förderung des „Employee Engagements“

Gallup ist eine der international führenden Firmen im Bereich des Employee Engagements. Your Voice - die sog. „Q12“, d.h. die von Gallup vorgegebenen 12 Fragen, anhand derer die Mitarbeitenden u.a. befragt werden, sind empirisch überprüft, werden weltweit eingesetzt und können mit verschiedenen anderen Daten (z. B. der Patientensicherheit) in Beziehung gesetzt werden. Ziel ist es, ein „Change-Klima“ zu etablieren und die Bindung der Mitarbeitenden an Hirslanden zu erhöhen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November in allen Abteilungen an allen Standorten durchgeführt.

Bereits im ersten Jahr der Durchführung wurde schweizweit eine hohe Beteiligung von 78% erreicht. Im Vergleich zu den anderen Mediclinic-Plattformen steht die Hirslanden Schweiz AG an der Spitze. Befragt wurden insgesamt 8'694 Hirslanden-Mitarbeitende. Auf einer 5er-Skala geben diese einen **Zufriedenheitswert** von **3.94** an. Das bedeutet, dass der Grossteil der Mitarbeitenden mit Hirslanden als Arbeitgeber zufrieden ist. Die Befragung gibt ausserdem Aufschluss über die **emotionale Bindung** der Mitarbeitenden an Hirslanden. Arbeitnehmende mit einer hohen emotionalen Bindung an den Arbeitgeber erleben ihre Arbeit positiv, sind loyal, produktiv und fehlen weniger. Hier erreicht Hirslanden Schweiz einen zufriedenstellenden Wert von **3.85**.

Die Ergebnisse werden bis auf Team-Ebene heruntergebrochen und Massnahmen definiert. Die Führungskräfte werden dabei von sogenannten Champions unterstützt, welche von Gallup entsprechend geschult wurden. Die Befragung in dieser Form wurde zum ersten Mal durchgeführt und die Resultate werden deshalb als Ausgangsbasis verstanden.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Gallup
Methode / Instrument	Q12

6.1.2 Great Place to Work

Die Benchmarkstudie "Great Place to Work" zeichnet die besten Arbeitgeber im Gesundheits- und Sozialwesen aus.

Sie wurde mit folgenden Zielen durchgeführt:

- Zentrale Stärken identifizieren
- Zentrale Punkte für Verbesserungen aufzeigen
- Empfehlungen und nächste Schritte vermitteln

Im Rahmen der Studie wurden folgende Dimensionen untersucht:

- Glaubwürdigkeit
- Respekt
- Fairness
- Stolz
- Teamgeist

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat Januar in allen Abteilungen an allen Standorten durchgeführt.

Die Fragebögen konnten von allen Mitarbeitenden ausgefüllt werden.

Insgesamt 95 Unternehmen haben an der Benchmarkstudie von „Great Place to Work“ teilgenommen. Davon wurden 28 als „Beste Arbeitgeber der Schweiz 2015“ ausgezeichnet. Hirslanden Bern hat zum ersten Mal an der Befragung teilgenommen und kam in der Kategorie „Gesundheits- und Sozialwesen“ mit 28 teilnehmenden Unternehmen gleich auf Anhieb auf den zweiten Platz. 78% der Teilnehmenden sagen Hirslanden Bern ist ein sehr guter Arbeitgeber.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das gute Resultat bestätigt uns in unseren Bemühungen für eine fortschrittliche Arbeitskultur und attraktive Arbeitsbedingungen. Gleichzeitig zeigen uns die Ergebnisse der Befragung aber auch auf, wo wir uns noch weiter verbessern können. Es ist uns ein grosses Anliegen, der Arbeitskultur Sorge zu tragen, damit Ihre Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz auch in Zukunft erhalten bleibt. Die Ergebnisse der Umfrage wurden in den einzelnen Kliniken detailliert analysiert und allfällige Massnahmen angegangen. Nebst der Befragung der Mitarbeitenden wurde auch ein Kultur-Audit durchgeführt.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Great Place to Work
Methode / Instrument	Great Place to Work

Bemerkungen

Die Befragung erfolgte anonym.

7 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 Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Ärztebefragung

In diesem Berichtsjahr wurde keine Befragung durchgeführt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2013 in allen Abteilungen an allen Standorten durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2016.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

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
Salem-Spital					
Beobachtete Rate	Intern:	1.70%	1.73%	-	-
	Extern:	0.60%	0.73%	-	-
Erwartete Rate (CI* = 95%)		2.80%	2.71%	-	- (- - -)
Ergebnis** (A, B oder C)		A	A	ausstehend	ausstehend
Klinik Beau-Site					
Beobachtete Rate	Intern:	4.30%	4.80%	-	-
	Extern:	0.90%	0.96%	-	-
Erwartete Rate (CI* = 95%)		6.20%	6.20%	-	- (- - -)
Ergebnis** (A, B oder C)		A	B	ausstehend	ausstehend
Klinik Permanence					
Beobachtete Rate	Intern:	1.20%	0.70%	-	-
	Extern:	0.30%	0.50%	-	-
Erwartete Rate (CI* = 95%)		2.10%	1.88%	-	- (- - -)
Ergebnis** (A, B oder C)		A	A	ausstehend	ausstehend

* 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.

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.
Salem-Spital		
Anzahl auswertbare Austritte 2015:	0	
Klinik Beau-Site		
Anzahl auswertbare Austritte 2015:	0	
Klinik Permanence		
Anzahl auswertbare Austritte 2015:	0	

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

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.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Die Reoperationsraten werden aufgrund der noch nicht ausreichenden Datenqualität nicht veröffentlicht.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Reoperationsraten werden aufgrund der noch nicht ausreichenden Datenqualität nicht veröffentlicht.

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

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:	Salem-Spital	Klinik Beau-Site	Klinik Permanence
▪ Gallenblasen-Entfernungen	√	√	√
▪ Blinddarm-Entfernungen	√	√	√
▪ Hernienoperationen			√
▪ Dickdarmoperationen (Colon)	√	√	

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	
Salem-Spital						
Gallenblasen-Entfernungen	38	2	-	0.00%	0.00%	5.30% (0.60% - 17.70%)
Blinddarm-Entfernungen	10	0	-	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 30.80%)
Dickdarmoperationen (Colon)	5	0	-	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 52.20%)
Klinik Beau-Site						
Gallenblasen-Entfernungen	198	5	-	0.00%	1.10%	2.50% (0.80% - 5.80%)
Blinddarm-Entfernungen	68	4	-	0.00%	0.00%	5.90% (1.60% - 14.40%)
Dickdarmoperationen (Colon)	181	16	-	0.00%	9.20%	8.80% (5.10% - 14.00%)
Klinik Permanence						
Gallenblasen-Entfernungen	19	1	-	0.00%	0.00%	5.30% (0.10% - 26.00%)
Blinddarm-Entfernungen	6	0	-	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 45.90%)
Hernienoperationen	71	0	-	0.60%	0.00%	0.00% (0.00% - 5.10%)

* 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 Infektraten liegen für alle gemessenen Eingriffe innerhalb des Vertrauensintervalls.

Die Konzentrierung von chirurgischen Fachgebieten auf einzelne Standorte hat dazu geführt, dass zum Teil nur sehr wenige Operationen des gewählten Indikators untersucht wurden.

Ein einzelner Infekt, könnte daher die Infektrate relativ gesehen stark verändern.

Aus diesem Grund wurden auf 01. Oktober 2015 die Operationsarten zum Teil gewechselt.

Klinik Beau Site: Gallenblasen-Entfernungen, Blinddarm-Entfernungen und Dickdarmoperationen (Colon)

Salem Spital: Blinddarm-Entfernungen und Dickdarmoperationen (Colon) und Adominale Hysterektomien einschliesslich laparoskopische Hysterektomien und Vaginale Hysterektomien

Klinik Permanence : Gallenblasen-Entfernungen, Blinddarm-Entfernungen und Hernien.

Die Erfassungsqualität der Daten für SwissNoso wurde im Dezember 2015 erneut durch eine Expertin von SwissNoso validiert. Durch sehr viele in diesem Jahr getroffene Verbesserungsmassnahmen, wie z.B. zeitnaheres Follow up, vermehrte Mithilfe der Fachexperten Infektionsprävention sowohl bei der Erfassung wie auch bei den Telefoninterviews (Follow up), konnte der Score deutlich verbessert werden.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Swissnoso
---------------------	-----------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

11 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
Salem-Spital				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	2	1	0	2
In Prozent	1.70%	0.84%	0.00%	1.90%
Klinik Beau-Site				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	1	3	3	2
In Prozent	1.20%	4.22%	2.25%	2.30%
Klinik Permanence				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	0	0	0	0
In Prozent	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

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

Die Anzahl der Stürze liegt in allen drei Berner Hirsländen Kliniken unterhalb des nationalen Vergleichswertes. Das im letzten Jahr formulierte Ziel wurde unterdessen erreicht: Ein Patienteninformations-Flyer zum Thema Sturz liegt unterdessen vor. Ein weiteres Verbesserungspotenzial liegt nach wie vor im Schulungsangebot für Mitarbeitende.

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. 	
Salem-Spital			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	105	Anteil in Prozent (Antwortrate)	80.20%
Klinik Beau-Site			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	90	Anteil in Prozent (Antwortrate)	78.30%
Klinik Permanence			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2015	36	Anteil in Prozent (Antwortrate)	78.30%

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		
Salem-Spital						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1-4	10	8	10	6	5.70%
	ohne Kategorie 1	5	2	6	4	3.80%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	10	6	6	6	5.70%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	5	2	4	4	3.80%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	0	2	4	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0	2	0	0.00%
Klinik Beau-Site						
Dekubitus-prävalenz	Total: Kategorie 1-4	3	4	6	11	12.20%
	ohne Kategorie 1	2	2	2	10	11.10%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	3	2	4	9	10.00%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	2	0	1	8	8.90%

	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	0	2	2	2	2.20%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	2	1	2	2.20%
Klinik Permanence						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1-4	1	0	2	1	2.80%
	ohne Kategorie 1	0	0	1	1	2.80%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	1	0	2	1	2.80%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0	1	1	2.80%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie 1	0	0	0	0	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0	0	0	0.00%

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Im Salem-Spital und in der Klinik Permanence liegt die Dekubitusprävalenz unterhalb dem nationalen Vergleichswert, in der Klinik Beau-Site liegt sie hingegen oberhalb des nationalen Vergleichswertes. In der näheren Analyse zeigt sich, dass in der Klinik Beau-Site sechs Dekubitus an Körperstellen lokalisiert, welche nicht typischerweise Druck / Scherkräften ausgesetzt sind. Dies lässt die Vermutung zu, dass es sich hierbei um Spannungsblasen handelt. Spannungsblasen gelten als Dekubitus der Kategorie 2 und wurden bei der Messung nicht explizit als solche erhoben.

Zusätzlich zu der obligatorischen Prävalenzmessung wird in den drei Berner Hirslanden Kliniken eine kontinuierliche Messung von Dekubitus vorgenommen. Seit dem Jahr 2014 können hier Spannungsblasen unter der Dekubituskategorie 2 spezifisch ausgewiesen und entsprechende Massnahmen getroffen werden. Die Ergebnisse hierzu sind unter Kapitel 13.1.3. zu finden.

Für das Jahr 2016 sind Mitarbeiterschulungen zur Thematik Dekubitus geplant.

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. 	
Salem-Spital			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	105	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	80.20%
Klinik Beau-Site			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	90	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	78.30%
Klinik Permanence			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2015	36	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	78.30%

13 Weitere Qualitätsmessung

13.1 Weitere eigene Messung

13.1.1 Infektionen (andere als mit Swissnoso)

Postoperative Wundinfektionen auf Pflegeabteilungen

- Koronare Bypass Operationen mit Vene aus Extremität-Operationen
- Totale Hüftgelenksprothese (primär)-Operationen
- Totale Kniegelenksprothese (primär)-Operationen

Device-assoziierte Infektionen

Device-Anwendungsraten sind gemäß des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ-Hygiene 2014) definiert als Beschreibung des prozentualen Anteils der Patiententage, an denen ein bestimmtes Device vorhanden war. Sie werden berechnet als Quotient aus der Anzahl der Device-Tage und der Gesamtzahl der Patiententage einer Station, multipliziert mit 100. Eine Stratifizierung der Raten erfolgt nach der Art der Intensivpflegestation. Es werden immer berechnet:

- Harnwegskatheter: HWK-Anwendungsrate
- Zentrale Venenkatheter: ZVK-Anwendungsrate
- INV (invasive ventilation) - Anwendungsrate für Beatmung über Tubus/Tracheostoma.

Eine INV-assoziierte Pneumonie liegt nach NRZ-Hygiene vor, wenn eine kontinuierliche invasive maschinelle Beatmung über einen Tubus oder ein Tracheostoma innerhalb von 48h vor Beginn der ersten Symptome/Befunde vorhanden war bzw. noch immer vorhanden ist. Wurde in den 48h vor Beginn der ersten Symptome/Befunde sowohl nicht- invasiv beatmet als auch invasiv, wird die Pneumonie als INV-assoziiert gewertet. Beachte: Sofern das Zeitintervall zwischen Entfernung des Device und dem Auftreten der nosokomialen Infektion (NI) mehr als 48h betrug, müssen zwingende Gründe vorliegen, um die Infektion dennoch als device-assoziiert zu betrachten.

Diese Messung wurde im Jahr 2015 auf der Intensivstation der Klinik Beau-Site durchgeführt.

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

Postoperative Wundinfektionen auf Pflegeabteilungen

Klinik Beau-Site

Report zu SSI nach Koronare Bypass Operationen mit Vene aus Extremität-Operationen:

Es wurden 184 Koronare Bypass Operationen mit Vene aus Extremität-Operationen durchgeführt. Die Anzahl gemessener postoperativer Wundinfektionen nach Koronare Bypass Operationen mit Vene aus Extremität betrug 2. Dies entspricht einer Wundinfektionsrate von 1,09% (Gruppe = 1,68%, KISS Referenzkollektiv = 3,34%). Der Anteil der tiefen Wundinfektionen betrug 0% (n=0)(Gruppe = 0%, KISS Referenzkollektiv = 0,67%).

Die Infektionsrate ist sowohl in 2015 als auch über den längeren Beobachtungszeitraum von 24 Monaten hinweg unauffällig. Zu beachten ist, dass für eine der beiden dokumentierten Infektionen keine Angabe zu der Wundtiefe gemacht wurde.

Salem-Spital

Report zu SSI nach Totale Hüftgelenksprothese (primär)-Operationen:

Es wurden 354 Totale Hüftgelenksprothese (primär) Operationen durchgeführt. In der gesamten Klinikgruppe sind 2555 dieser Eingriffe dokumentiert worden. Das KISS Referenzkollektiv enthält 160272 Operationen. Die Anzahl gemessener postoperativer Wundinfektionen nach Totale Hüftgelenksprothese (primär) betrug 4. Dies entspricht einer Wundinfektionsrate von 1,13% (Gruppe = 0,78%, KISS Referenzkollektiv = 0,81%). Der Anteil der tiefen Wundinfektionen betrug 1,13% (n=4)(Gruppe = 0,47%, KISS Referenzkollektiv = 0,43%).

Report zu SSI nach Totale Kniegelenksprothese (primär)-Operationen:

Es wurden 359 Totale Kniegelenksprothese (primär)-Operationen durchgeführt. In der gesamten Klinikgruppe sind 2528 dieser Eingriffe dokumentiert worden. Das KISS Referenzkollektiv enthält 98457 Operationen. Die Anzahl gemessener postoperativer Wundinfektionen nach Totale Kniegelenksprothese (primär) betrug 4. Dies entspricht einer Wundinfektionsrate von 1,11% (Gruppe = 0,79%, KISS Referenzkollektiv = 0,62%). Der Anteil der tiefen Wundinfektionen betrug 0,28% (n=1)(Gruppe = 0,36%, KISS Referenzkollektiv = 0,44%).

Klinik Permanence

Report zu SSI nach Totale Hüftgelenksprothese (primär)-Operationen:

Es wurden 136 Totale Hüftgelenksprothese (primär)-Operationen durchgeführt. In der gesamten Klinikgruppe sind 2555 dieser Eingriffe dokumentiert worden. Das KISS Referenzkollektiv enthält 160272 Operationen. Die Anzahl gemessener postoperativer Wundinfektionen nach Totale Hüftgelenksprothese (primär) betrug 1. Dies entspricht einer Wundinfektionsrate von 0,74% (Gruppe = 0,78%, KISS Referenzkollektiv = 0,81%). Der Anteil der tiefen Wundinfektionen betrug 0,74% (n=1)(Gruppe = 0,47%, KISS Referenzkollektiv = 0,43%).

Die Infektionsraten zeigen sowohl 2015 als auch im Beobachtungszeitraum von 24 Monaten keine Auffälligkeiten.

Report zu SSI nach Totale Kniegelenksprothese (primär)-Operationen:

Es wurden 220 Totale Kniegelenksprothese (primär)-Operationen durchgeführt. In der gesamten Klinikgruppe sind 2528 dieser Eingriffe dokumentiert worden. Das KISS Referenzkollektiv enthält 98457 Operationen. Die Anzahl gemessener postoperativer Wundinfektionen nach Totale Kniegelenksprothese (primär) betrug 2. Dies entspricht einer Wundinfektionsrate von 0,91% (Gruppe = 0,79%, KISS Referenzkollektiv = 0,62%). Der Anteil der tiefen Wundinfektionen betrug 0% (n=0)(Gruppe = 0,36%, KISS Referenzkollektiv = 0,44%).

Device-assoziierte Infektionen

Die Sepsis-Rate und die Pneumonie-Rate sind in 2015 erhöht und liegen oberhalb der 75%-Quantile des KISS-Referenzwertes. Betrachtet man jedoch den Beobachtungszeitraum von 24 Monaten, liegen die Infektionsraten im Bereich des KISS-Median und zeigen somit keine Auffälligkeiten. Sowohl 2015 als auch in 2014 wurden keine Harnwegsinfektionen dokumentiert.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Qualitätsaktivitäten

Die Hirslanden Kliniken Bern werden durch das Beratungszentrum für Hygiene BZH (Freiburg i.B.) unterstützt. Jährlich werden 2 Begehungen mit Fachexperten für Spitalhygiene durchgeführt. Gestützt auf die Begehungsberichte werden die Massnahmen abgeleitet und den zuständigen Vorgesetzten der Abteilungen zur Qualitätsverbesserung vorgelegt und umgesetzt. Die Fachexperten für Spitalhygiene des BZH nahmen an den 2-mal jährlich durchgeführten Hygienekommissionssitzungen teil

Begehung/ Kontrollen

- Erkennen und Vermeiden von nosokomialen Infektionen.
- Standardisierung und Kontrolle der Hygienemassnahmen. Schutz von Mitarbeitern, Patienten und Besuchern.
- Beratung und Schulungen der Mitarbeitenden.
- Erarbeitung, Überprüfung und Umsetzung von Richtlinien und Gesetzen.
- Schulung hygieneverantwortlicher Mitarbeiter in der Praxis
- Schulung Pflorgeteams und andere Teams.
- Kurzschulung und Einweisung neuer Mitarbeiter am Einführungstag.
- Aktionen (Grippeimpfkampagne, Händehygienetag)

Hygienekontrollen

Alle Hygienekontrollen wurden gemäss gruppenweiter Hygiene Checkliste durchgeführt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Bemerkungen

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

Anzahl Stürze pro 1000 Pflagetage

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

Definition des Sturzes:

- Ungeplante Bewegung eines Patienten auf den Boden oder von einer Ebene zur anderen
- Sturz eines Patienten, der in der Krankenakte, im Pflegebericht, Risikomanagementbericht oder anderweitig dokumentiert ist
- Verletzung oder Funktionsstörung eines Körperteils infolge eines Sturzes

Kollektiv: Sämtliche hospitalisierten Patienten

Klinikname:		Hirslanden Bern AG											
Jahr:		2015											
		Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
Anzahl dokumentierte Stürze		27	19	15	11	18	18	15	20	15	20	28	13
Anzahl Pflagetage		8385	7678	8043	6994	7241	7498	6247	6950	6854	7537	8407	7225
Rate :		3.22	2.47	1.86	1.57	2.49	2.40	2.40	2.88	2.19	2.65	3.33	1.80

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Sturzrate ist im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen.

Im Jahr 2015 wurde eine Patienteninformation entwickelt zur Sturz-Thematik.

Ein Screening zur Sturzgefahr wird von den Pflegefachpersonen durchgeführt, um präventive Massnahmen frühzeitig einzuleiten.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

Bemerkungen

Die Ergebnisse beziehen sich auf die Gruppe der drei Berner Hirslanden Kliniken

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

Definition:

Anzahl der Patienten die während desselben stationären Aufenthaltes mindestens einen Dekubitus (unabhängig vom Grad) entwickeln

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

Kollektiv: Sämtliche hospitalisierten Patienten

Klinikname:		Hirslanden Bern AG											
Jahr:		2015											
		Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
Anzahl Dekubitus		33	24	13	15	17	20	13	20	17	29	24	17
Anzahl Pflegetage		8385	7678	8043	6994	7241	7498	6247	6950	6854	7537	8407	7225
Rate :		3.94	3.13	1.62	2.14	2.35	2.67	2.08	2.88	2.48	3.85	2.85	2.35

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Ein Grossteil der Dekubitusfälle sind Spannungsblasen. Diese entstehen direkt postoperativ, beziehungsweise kommen beim ersten Verbandswechsel unter dem Verband zum Vorschein, wenn eine Schwellung in diesem Bereich entstanden ist und das verwendete Pflaster nicht genügend dehnbar war.

Zur Vermeidung von Spannungsblasen wurden die Ärzte aufgefordert, im OP nicht mehr das bisher verwendete Pflaster, sondern einen dehnbaren Wundverband anzulegen. Auch wurden diesbezügliche Schulungen des OP-Personal durchgeführt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

Bemerkungen

Die Ergebnisse beziehen sich auf die Gruppe der drei Berner Hirslanden Kliniken

13.1.4 Bewertung der Ergebnisqualität mit dem International Quality Indicator Project (IQIP)

Ziel:

Bewertung der Ergebnisqualität mit dem *International Quality Indicator Project* (IQIP)

- Ungeplante Wiederaufnahme in die stationäre Akutversorgung
- Ungeplante Rückkehr in den OP
- Mortalität stationärer Akutpatienten gesamt

Was wird gemessen?

Prozentsatz: Anzahl der Rehospitalisationen – Anzahl Entlassungen

Prozentsatz: Anzahl Reoperationen – Anzahl chirurgische Fälle

Prozentsatz: Anzahl Todesfälle – Anzahl Entlassungen

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

- **Ungeplante Wiederaufnahmen in die stationäre Akutversorgung aufgrund von gleichen oder zusammenhängenden Beschwerden, <=15Tage, für das gesamte Patientenkollektiv.** Dieser Indikator gibt das Verhältnis der Wiederaufnahme innerhalb 15 Tagen zu Austritten aller stationären Patienten an (gemäss Vorgaben IQIP www.internationalqip.com).
- Die ungeplante Rückkehr in den OP gibt das Verhältnis der Re-Operationen zu allen Operationen an. Eingeschlossen sind bestimmte Eingriffsgruppen (gemäss Vorgaben IQIP www.internationalqip.com).

Ungeplante Wiederaufnahme in die stationäre Akutversorgung

Klinik Beau-Site 2.31, Salem-Spital 1.09, Klinik Permanence 0.55

Ungeplante Rückkehr in den OP

Klinik Beau-Site 3.11, Salem-Spital 0.81, Klinik Permanence 0.44

Mortalität stationärer Akutpatienten gesamt

Klinik Beau-Site 2.58, Salem-Spital 0.47, Klinik Permanence 0.09

Bemerkung:

In der Klinik Beau-Site werden komplexe chirurgische Eingriffe (Herz-, Thorax- und Viszeral Chirurgie) durchgeführt, was zur Folge hat, dass vermehrt Reoperationen stattfinden. Wie auch in den Jahren zuvor ist in den Daten erkennbar, dass die Klinik Beau-Site eine hohe Mortalität aufweist. Dies aufgrund der hohen Anzahl onkologischen sowie polymorbiden Fällen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

14 Projekte im Detail

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

14.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

14.1.1 Eintritts- und Tagesklinik

Das Projekt wird am Standort Salem-Spital durchgeführt.

Ziel

1. Das Projekt erhöht die effektiv nutzbare Bettenkapazität, da für Früheintritte am Folgetag keine Betten mehr gesperrt werden müssen (Ausnahme: Privatpatienten)
2. Es entlastet die Pflegefachpersonen, da diese auf der Station weniger Früheintritte haben. Es erhält die maximal nutzbare Bettenkapazität (keine Kapazitätsreduktion zu Spitzenzeiten) unter Einbezug flexibel nutzbarer Kapazitäten (z.B. Übernachtungsoption auf der Notfallstation)
3. Die Ressourcen der Anästhesie werden optimiert, da sich mit der Eintrittsklinik die Vorabklärungszeit (Prämedikation) verkürzt.
4. Das Bettenmanagement ist klar strukturiert, es erfolgt eine Trennung zwischen stationären und ambulanten Patienten.

Beschreibung

Im Salem-Spital ist die Bettenauslastung in den Monaten November bis März am höchsten. Während dieser „Hochsaison“ meldet die Bettendisposition immer wieder eine Vollausslastung bzw. gar Überbuchung der Bettenkapazität von insgesamt 168 Betten. Allerdings zeigt die Analyse der Mitternachtsstatistik (Zählung der stationären Patienten = Mitternachtszensus), dass das Haus nur im absoluten Ausnahmefall zu 100% belegt ist. Für die Diskrepanz zwischen der vorausgesagten Bettenkapazität und dem tatsächlichen Mitternachtszensus gibt es drei Gründe: Die Bettendisposition teilt die regulär eintretenden Patienten am Vortag des Eintrittes den verfügbaren Betten zu. Dabei hält sie Betten für die Früheintritte des nächsten Tages und für privatversicherte ambulante Patienten frei. Das reduziert die verfügbare Bettenkapazität um die Anzahl Früheintritte. So ist es für das Spital nicht möglich, die volle Kapazität zu belegen, obwohl diese reservierten Betten physisch leer sind. Hinzu kommt, dass die Patientenaustritte oft nicht planmässig erfolgen und somit das Bett für den geplanten Neueintritt nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Die notwendigen Anpassungen bei der Bettenplanung führen zu Mehraufwand auf Seiten der Bettendisposition, der Anästhesie sowie der Pflege. Zudem werden dadurch nicht selten auch Patienten und deren Angehörige verärgert. Als dritter wichtiger Faktor kommt für das Bettenmanagement erschwerend hinzu, dass stationäre Eintritte über die Notfallaufnahme nicht planbar sind. Aufgrund der sehr begrenzten Kapazitäten der Notfallabteilung ist es erforderlich, solche Patienten schnellstmöglich weiter auf die Bettenabteilung zu verlegen. Ein weiterer Nachteil der heutigen Situation ist, dass durch die Früheintritte das Pflegepersonal durch die parallel laufenden Ein- und Austritte morgens stark belastet ist. Dabei haben die Eintritte erste Priorität, um Verzögerungen im OP-Programm zu vermeiden. Das verzögert allerdings die Austritte. Diese unbefriedigende Ausgangssituation soll durch eine Neuorganisation der Eintritte mit folgendem Lösungsansatz verbessert werden: Die Eintritte (an einzelnen Tagen bis zu 40 Patienten) werden neu zentral über eine Eintrittsklinik als sogenannte „Via-Eintritte“ abgewickelt. Dazu ist die Bettenabteilung A3 vorgesehen, die nahe beim Haupteingang und Operationsaal liegt und auch für die Patienten gut erreichbar ist. Die eintretenden Patienten werden in der Eintrittsklinik auf den operativen Eingriff vorbereitet. Die Pflege erhebt nach Möglichkeit bereits die Pflegeanamnese und hält in der Pflegedokumentation fest, ob der Patient eigene Medikamente einnimmt. Einzig Privatpatienten werden (Leistungsdifferenzierung) direkt auf das geplante Zimmer auf der Bettenstation gebracht und treten nicht via Eintrittsklinik ein.

Nutzen

- Keine Abweisung von Notfällen
- Genügend freie Betten (Planung)
- Ressourcennutzung auf Bettendisposition

- Ruhigere Arbeitsphasen am Morgen im Pflegedienst, da nebst der pflegerischen Behandlung und den Austritten keine Eintritte zu bewältigen sind

Mehrwert

- Zufriedene Patienten da kürzere Wartezeiten vor Eingriff
- Entlastung des Pflegedienstes am Morgen = Mehr Zeit beim Patienten
- Auslastung um Mitternacht (Mitternachtszensus) optimiert
- Keine Absagen von regulären Eintritten und Notfalleintritten

14.1.2 Apotheke entlastet Pflege

Das Projekt wird am Standort Salem-Spital durchgeführt.

Ziel

Ziel des Projektes ist es, Pflegefachpersonen von Logistikaufgaben zu entlasten.

Verbrauchsorientierte Bestellmengen, die Berücksichtigung der Lagerkapazität sowie kürzere Lauf- und Kommunikationswege ermöglichen eine verbrauchsorientierte Bewirtschaftung.

Beschreibung

Qualifizierte Pflegefachpersonen sind nicht einfach zu rekrutieren. Sind sie einmal gefunden, sollen sie so eingesetzt werden, dass sie sich auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren können. Die Materialbewirtschaftung gehört nicht zu diesen Kernaufgaben. Deshalb übernehmen Pharma-Assistentinnen und Lageristen die Bewirtschaftung von Arzneimitteln und Medizinprodukten auf den Bettenabteilungen, sowie auf der Intermediate Care und der Notfallabteilung des Salem-Spitals. Damit sind weniger ausserordentliche Nachbestellungen für das Kernsortiment nötig und die Bewirtschaftung läuft auch bei einer hohen Fluktuation des Pflegepersonals immer gleich effizient ab.

Nutzen

Eine Umfrage hat ergeben, dass die Pflegefachpersonen mit dem Resultat des Projektes äusserst zufrieden sind, da sie mehr Zeit für ihre Kernaufgaben haben. Die Zufriedenheit der Apotheken Mitarbeiter konnte nachhaltig gesteigert werden. Die Materialbewirtschaftung ist effizienter: Dispo-Daten entsprechen dem Verbrauch und den Platzverhältnissen. Mindestbestellmengen bei den Lieferanten werden eingehalten. Die Anzahl ausserordentlicher Nachbestellungen vom Kernsortiment konnte praktisch auf null gesenkt werden. Dadurch gibt es keine Express-Besorgungen für dringend benötigte, beim Bestellen vergessene, Heilmittel mehr. Die Kooperation zwischen den Pflegefachpersonen und den Mitarbeitenden der Apotheke hat sich stark verbessert, was zur erhöhten Motivation beider Berufsgruppen beiträgt.

Mehrwert

- Hohe Zufriedenheit der Pflegefachpersonen und der Mitarbeitenden der Apotheke
- Effizientere Bewirtschaftung der Abteilungslager
- Gute Zusammenarbeit zwischen Pflege und Apotheke

14.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

14.2.1 APN Viszeralchirurgie

Das Projekt wurde am Standort Klinik Beau-Site durchgeführt.

Ausgangslage

Die Klinik Beau-Site gehört zu den schweizweit führenden Privatkliniken im Bereich der hochspezialisierten Viszeralchirurgie. Die Behandlung und Betreuung der komplexen Krankheitsbilder in diesem Bereich fordert eine hohe Fachexpertise von Ärzteschaft und Pflege.

Ziel

Aufbau eines Teams APN (Advanced Practice Nurse) Viszeralchirurgie an der Klinik Beau-Site

Teilziele:

- 1) Konzept erstellt
- 2) Etappierter Aufbau des Team APN Viszeralchirurgie
- 3) Fundierte rechtliche Grundlage - Gutachten von Prof. Kieser Dez 2013
- 4) Einbezug internationaler fachlicher Expertise - Inputs Garrett Chan
- 5) Review durch nationale Fachexpertinnen Radnic/Leuenberger 2014

Projektverlauf

Das Projekt ist gemäss Plan verlaufen, die Abläufe rund um die Betreuung der viszeralchirurgischen Patienten sind in der Klinik etabliert. Die Bezeichnung APN Viszeralchirurgie wurde im Alltag in 'klinische Behandlungsspezialistin Viszeralchirurgie' umbenannt. (Hintergrund: Die Pflege Schweiz befindet sich im Umbruch und die Bezeichnung APN ist mit unterschiedlichen Erwartungen besetzt). Die abschliessende Review durch Garrett Chan hat bestätigt, dass die klinische Behandlungsspezialistin Viszeralchirurgie an der Klinik Beau-Site dieselbe Funktion wahrnehmen, wie die APN in den USA.

Evaluierung

Die Funktion der klinische Behandlungsspezialistin Viszeralchirurgie an der Schnittstelle zwischen Pflege und spezialisierter Viszeralchirurgie wurde erfolgreich etabliert.

Ein Team von drei Advanced Practice Nurses/Klinische Behandlungsspezialistin Viszeralchirurgie ist substantiell an der Behandlung und Betreuung von viszeralchirurgischen Patienten einzelner Fachärzten an der Klinik Beau-Site beteiligt. Diese Funktion wurde an der Schnittstelle zwischen Fachärzten und Pflegedienst wurde per Herbst 2013 neu etabliert und hat sich zu einer hochspezialisierten Fachstelle entwickelt. Die Berufsgruppe der Klin. Behandlungsspezialisten wird kontinuierlich von den Fachärzten weitergebildet und ist speziell für die Viszeralchirurgie tätig. Die Übernahme von Routinetätigkeiten durch die APN Viszeralchirurgie ermöglicht den betroffenen Fachärzten für Viszeralchirurgie, sich auf die spezialärztliche und operative Tätigkeit zu konzentrieren. Zudem leisten sie mit Ihrer Unterstützung der Pflegefachkräfte einen Beitrag zur Erhaltung bzw. Förderung der Pflegequalität.

14.2.2 Relaunch Safe Surgery

Das Projekt wurde am Standort Klinik Permanence durchgeführt.

Ausgangslage

In der Klinik Permanence wurde seit längerem eine Safety Checkliste eingesetzt, allerdings erfüllte diese die WHO Vorgaben in wesentlichen Punkten nicht befriedigend. Insbesondere wurden die Teilprozesse Sign In, Team Timeout 1 und 2 nur teilweise oder nicht umgesetzt.

Ziel

Einführung einer Safety Checkliste welche die WHO Kriterien erfüllt, zur Patientensicherheit beiträgt und im Arbeitsalltag akzeptiert sowie gelebt wird.

Projektverlauf

In zwei Arbeitsgruppensitzungen wurde eine neue Checkliste erarbeitet. Dieses bildet sechs verschiedene Prozessabschnitte im Patientenpfad ab, von der OP Vorbereitung bis zur Rückverlegung in die Überwachungseinheit. Bei der Einführung wurde darauf geachtet, dass alle am Prozess beteiligten Mitarbeitende und Ärzte geschult werden. In diesem Rahmen wurde zusätzlich auf das Patientensicherheitskonzept und dessen Wichtigkeit hingewiesen und einzelne Aspekte und Fragen daraus diskutiert. Die Schulung fand anlässlich der Teamsitzungen in allen Abteilungen statt. Im Bereich des Operationszentrums und Anästhesie waren mit der Einführung des Team Time Out 1 und 2 die markantesten Veränderungen spürbar. Deshalb wurden in diesem Bereich die Schulungen direkt im OP Bereich gemacht. Unterstützt wurde der Relaunch von kleineren Plakaten, mit praktischen Hinweisen zum Handling des Formulars. Ebenfalls gab es einen Vorortsupport, welcher zweimal täglich die Fragen und Anliegen mit dem Personal und Belegärzten besprach. Der Vorortsupport konnte in unklaren Situationen unterstützen, respektive bereits in der Startphase die Einhaltung aller Teilschritte mitprägen und einfordern. Um einen Ausgangswert des Umsetzungsgrades zu bestimmen, wurde schon während der Einführung ein erstes Audit gestartet. Während 3 Wochen wurden gesamthaft 131 Kontrollen durchgeführt. Erste Erkenntnisse zeigten auf, dass 79.4% der Patientendokumentation die Anforderungen an den Safety Check erfüllten. Nach drei Monaten konnte der Erfüllungsgrad bereits auf 86.7% gesteigert werden.

Evaluierung

Insgesamt betrachtet wurde der Relaunch des Safe Surgery Prozesses mit einem relativ grossen Aufwand realisiert. Bei der Einführung war der Inhalt der Checkliste unbestritten und deshalb relativ gut akzeptiert. Das Kader informierte und begleitete alle Betroffenen direkt in ihrem Arbeitsumfeld. Dank diesem Dialog konnten Mitarbeitende und Ärzte davon überzeugt werden, dass das neue Formular nicht nur als administrativer Zusatzaufwand angesehen wird, sondern wesentlich zur Patientensicherheit beiträgt

14.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

14.3.1 ISO 9001:2008

Die Zertifizierung wird an den Standorten „Salem-Spital“, „Klinik Beau-Site“, „Klinik Permanence“ durchgeführt.

Angewendete Norm: ISO 9001:2008

Bereich, der mit der Norm arbeitet: ganzer Betrieb

Jahr der ersten Zertifizierung: 2009

Jahr der letzten Rezertifizierung: 2013

Bemerkung: Aufrechterhaltungsaudit 2014

14.3.2 Zertifizierung als internationales Kompetenzzentrum für Adipositaschirurgie

Die Zertifizierung wird am Standort Klinik Beau-Site durchgeführt.

Angewendete Norm: Zertifizierung als internationales Kompetenzzentrum für Adipositaschirurgie

Bereich, der mit der Norm arbeitet: Klinik Beau-Site

Jahr der ersten Zertifizierung: 2012

Jahr der letzten Rezertifizierung: -

15 Schlusswort und Ausblick

Geplante Qualitätsaktivitäten fürs 2016 und folgende Jahre:

- ISO Aufrechterhaltungsaudit – ISO 9001:2008
- Begleitung verschiedener Bereiche und Abteilungen bei Zertifizierungen (z.B. IMC-Zertifizierung) und Erfüllung von Auflagen der Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität in Zusammenhang mit Leistungsaufträgen.
- IQM – Transparenz schaffen und Optimierungspotential erkennen und Qualität verbessern durch Zusammenarbeit im Verein IQM und durchführen von ärztlichen Peer Reviews
Ambulanter Bereich: Patientenfeedback-Flyers, eine Massnahme Rückmeldungen zu erhalten
- Definition von Ergebnisparametern und Erweiterung der Beteiligung an nationalen und internationalen Register (Krebsregister, TAVI, ect.)
- Umsetzung des Austrittsmanagementkonzeptes
- Weitere Etablierung des Patientensicherheitskonzeptes

Alle diese Aktivitäten sind fortlaufende Verbesserungen der Behandlung von Patienten in unserem Spital. Mit den Massnahmen wollen wir medizinische Behandlungsqualität, Sicherheit, Vertrauen und Kommunikation verbessern.

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.

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