



SRO AG | Spital Langenthal | St. Urbanstrasse 67 | 4901 Langenthal



Akutsomatik



Psychiatrie

Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

Impressum

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/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Kantone / Gremien



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/h_verband/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



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

Siehe auch: www.anq.ch

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**.

Bezeichnungen

Um die **Lesbarkeit des Qualitätsberichts** zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	5
B3	Erreichte Qualitätsziele der Jahre 2011/2012	6
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	7
C1	Angebotsübersicht	7
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	9
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2012	9
D	Zufriedenheitsmessungen	11
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	11
D2	Angehörigenzufriedenheit	13
D3	Mitarbeiterzufriedenheit	13
D4	Zuweiserzufriedenheit	13
E	ANQ-Indikatoren	14
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik	14
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	15
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	16
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	17
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	18
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ	20
E2	ANQ-Indikatoren Psychiatrie	20
E2-1	Symptombelastung mittels HoNOS Adults	21
E2-2	Symptombelastung mittels BSCL	21
E2-3	Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM	22
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012	23
F1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	23
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	24
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	25
G	Registerübersicht	27
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	28
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	28
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	28
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	32
I	Schlusswort und Ausblick	33

A

Einleitung

Die SRO AG besitzt 2012 mit dem Spital Langenthal einen zentralen Standort für stationäre Patienten. Das Spital Niederbipp (Akutsomatik) wurde 2011 geschlossen und als Gesundheitszentrum Jura Süd wieder eröffnet. Nebst umfangreichen ambulanten Angeboten bleiben die Psychiatrie sowie die Langzeitpflege der «dahlia oberaargau ag» unverändert in Betrieb. Der Standort Huttwil wird seit 2008 als Gesundheitszentrum geführt, ergänzt durch die Langzeitpflege. Im Panoramapark Herzogenbuchsee werden primär Langzeitpflege sowie Physiotherapie und TCM angeboten. Mit der HasliPraxis an der St. Urbanstrasse 40 in Langenthal rundet die SRO AG ihr Angebot durch eine gemeinschaftliche Hausarztpraxis ab.

Im Jahr 2012 wurden in der SRO AG folgende stationäre Fälle behandelt:

	2012
M100 Innere Medizin	3'369
M200 Chirurgie	3'221
M300 Gynäkologie und Geburtshilfe	1'442
M500 Psychiatrie und Psychotherapie	118
M600 Ophthalmologie	5
M700 Oto-Rhino-Laryngologie	202
Total	8'357

Darüber hinaus wurden 49'991 ambulante Patienten in den Einrichtungen der SRO AG behandelt.

Folgende Leistungen werden an den Standorten angeboten:

Spital Langenthal (St. Urbanstrasse 67, 4901 Langenthal)

Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Wirbelsäulenmedizin, Orthopädie/Traumatologie, Hand- und plastische Chirurgie, Frauenklinik, Anästhesie/Schmerztherapie, Urologie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Ophthalmologie, Sportmedizin, Kardiologie, Pneumologie mit Bronchoskopie, Gastroenterologie mit Endoskopieabteilung, Onkologie, Angiologie, Neurologie

Intensivstation (IPS); Psychiatrische Abteilung, Ambulatorium und Tagesklinik, Mobile Kriseninterventionsstation, Notfall-Triage

24-Std-Notfallstation, Tagesklinik, Ambulatorium, Standort für Ambulanzfahrzeuge, Rettungsdienst

Röntgendiagnostik mit Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRI), Ultraschalldiagnostik und Angiographie, PTA, Hämodialysestation, Labor, Knochendensitometrie

Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialdienst, Ernährungs- und Diabetesberatung, Hygieneberatung, Seelsorge, AIDS-Beratung, Stomaberatung, Familienberatungsstelle, Logopädie

Gesundheitszentrum Huttwil (Spitalstrasse 51, 4950 Huttwil)

Arztpraxen für: Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Phlebologie, Manuelle Medizin

Endoskopiedienst, Wundambulatorium

Psychiatrische Dienste, dahlia oberaargau ag

Ultraschalldiagnostik, Labor, Knochendensitometrie, Standort für Ambulanzfahrzeuge (ab Okt. in Madiswil)

Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungs- und Diabetesberatung, Hörberatung, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Gesundheitszentrum Jura Süd (Anternstrasse 22, 4704 Niederbipp)

Arztpraxen: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie/Traumatologie, Hand- und plastische Chirurgie, Psychiatrische Kriseninterventionsstation, Gastroenterologie mit Endoskopiedienst

dahlia oberaargau ag, Standort für Ambulanzfahrzeuge

Röntgen, Ultraschalldiagnostik und Echokardiographie (Herzultraschall), Labor, Knochendensitometrie,

Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungs- und Diabetesberatung, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Zahnarztpraxis, Dentalhygiene, Körper- und Atemtherapie

Panoramapark Herzogenbuchsee (Stelliweg 24, 3360 Herzogenbuchsee)

dahlia oberaargau ag, Physiotherapie, Ergotherapie, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

HasliPraxis Langenthal (St. Urbanstrasse 40, 4900 Langenthal)

Hausarztmedizin

Die SRO AG beschäftigte im Berichtsjahr 982 Mitarbeitende in 757.48 Vollzeitstellen.

Der Bericht kann auf folgenden Seiten heruntergeladen werden: www.sro.ch oder

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/spa/publikationen/qualitaetsberichtederspitaeler.html>

B1 Qualitätsstrategie und -ziele**Qualitätspolitik der SRO AG**

- Jeder Mitarbeitende ist für die Qualität seiner Arbeit verantwortlich und strebt danach sich kontinuierlich zu verbessern.
- Jeder Vorgesetzte ist verantwortlich, dass seine Mitarbeitenden für die Qualität ihrer Arbeit verantwortlich gemacht werden können. Er sorgt dafür, dass sie die nötige Aus- und Weiterbildung, die richtigen Arbeitsmittel, klare Aufträge und Zielsetzungen erhalten und dass die Ergebnisse gemessen und beurteilt werden.
- Einzelne, klar definierte Leistungen sollen bezüglich Qualität nach einheitlichen Standards gemessen werden, so dass ein Vergleich mit andern Spitälern möglich ist. Die Resultate dienen der Qualitätskommission und der Spitaldirektion zu erkennen, wo die Prioritäten für Qualitätsverbesserungsprojekte liegen. Zu den wiederkehrenden Messungen gehört die Erfragung der Patientenerurteile.
- Die Spitaldirektion ist verantwortlich, dass durch organisatorische und weitere Massnahmen die Vorgesetzten in die Lage versetzt werden, in ihrem Verantwortlichkeitsbereich die Leistungen so mit ihren Mitarbeitenden erbringen zu können, dass sie von den Leistungsempfängern als gut beurteilt werden.
- Die Spitaldirektion setzt eine Qualitätskommission ein. Die Qualitätskommission ist so zusammengesetzt, dass sie fachlich so kompetent ist, dass sie für den Gesamtbetrieb Qualitätsfragen beurteilen kann und in der Lage ist, Verbesserungsprojekte zu begleiten und zu überwachen.
- Die Spitaldirektion setzt einen Qualitätsverantwortlichen ein, der im Gesamtbetrieb die Koordination aller Qualitätsprojekte sicherstellt, den Qualitätsprojektgruppen Unterstützung bietet und für die Behandlung auftretender Fragen zur Qualität in der Leistungserbringung zuständig ist. Er ist stimmberechtigtes Mitglied der Qualitätskommission.
- Die Qualitätskommission setzt die Qualitätsprojektgruppen ein, die mit klarem Auftrag erkannte Schwachstellen angehen und Verbesserungsmaßnahmen erarbeiten und umsetzen. Die Qualitätsprojektgruppen stehen unter der Leitung eines Projektleiters. Sie setzen sich aus verantwortlichen Mitarbeitenden der betroffenen Bereiche zusammen. Sie bearbeiten insbesondere auch die Schnittstellenproblematik zwischen den Bereichen. Die Spitaldirektion setzt eine unabhängige Stelle zur Bearbeitung spitalinterner Meldungen/Beschwerden sowie eine Beschwerdestelle für externe Meldungen ein. In einer Verordnung werden Aufgaben und Kompetenzen sowie die Aufsicht über diese Stelle geregelt.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

Hauptschwerpunkt der Qualitätsarbeit im Berichtsjahr 2012 war die Weiterentwicklung des Prozessmanagementsystems und dessen elektronischer Abbildung mittels Sharepoint. Der Betrieb hat flächendeckend alle auf Unternehmensebene geltenden Reglemente und Weisungen überarbeitet und dank Sharepoint sämtlichen Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt. Schnittstellenmanagement sowie die Vereinfachung der Abläufe und somit Effizienzsteigerung standen dabei im Mittelpunkt.

An den sanaCERT-Qualitätsstandards (vgl. auch Kp. H3) wurde kontinuierlich weitergearbeitet. Diese Arbeit wurde mittels Überwachungsaudit durch sanaCERT überprüft und für gut befunden.

Zusätzlich wurde die Arbeit an neuen Qualitätsprojekten wie Palliative Care, Qualitätsarbeit im Rettungsdienst oder auch Reorganisation des Beschwerdemanagements aufgenommen bzw. weitergeführt.

B3 Erreichte Qualitätsziele der Jahre 2011/2012

1. Strategie

Alle Bereiche der SRO AG sind in die Qualitätsarbeit involviert, inkl. Nebenbetriebe Rettungsdienst und Psychiatrie

2. Führung

Das Niveau der sanaCERT-zertifizierten Standards wird gehalten. Das Überwachungsaudit wurde erfolgreich absolviert. Die Arbeit an zwei neuen Standards (Rettungsdienst sowie Palliative Betreuung) wurde aufgenommen bzw. vorangetrieben. Der Standard Schmerz wurde um die Komponente „chronischer Schmerz“ erweitert.

3. Prozesse

75% aller relevanten Prozesse wurde aufgenommen und abgebildet. Die Arbeit an Behandlungspfaden wurde aufgenommen. Ein Raster wurde definiert. Der Patiententeilprozess Voruntersuchung / Aufklärung ist vereinheitlicht und findet ambulant statt.

4. Partnerschaften

Knapp 87% aller befragten Patientinnen und Patienten würden unser Spital mit Note 5 oder 6 weiterempfehlen (Messung ANQ).

SRO übernimmt die Organisation und Durchführung der Qualitätszirkel für das Netzwerk der Oberaargauer Ärzte.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Ausbau des Prozessmanagements und des dazugehörigen Kennzahlensystems als Grundlage für die kontinuierliche Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems und damit des Betriebes.
- Erarbeitung und Implementierung von Behandlungspfaden
- Weiterentwicklung der Qualitätszirkel nach sanaCERT suisse, inkl. Rezertifizierung im Jahr 2013.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	90 Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
*Sandra Lambroia Groux	+41 62 916 32 93	s.lambroia@sro.ch	Q.-Beauftragte und Mitglied Q.kommission; Klinikmanagerin
Claudia Graf-Jakob	+41 62 916 32 00	c.graf@sro.ch	Vorsitzende Q.kommission; Departementsleiterin Pflege und Behandlung
Sibylle Allenbach-Weyers	+41 62 916 32 92	s.allenbach@sro.ch	Mitglied Q.kommission; Pflegeexpertin
Dr. med. Thomas Künzi	+41 62 916 32 29	t.kuenzi@sro.ch	Mitglied Q.kommission: Stv-Chefarzt Medizin
Dr. med. Dominik Lüdi	+41 62 959 67 45	d.luedi@sro.ch	Mitglied Q.kommission; Stv-Chefarzt Chirurgie
Dr. med. Manuel Moser	+41 62 916 43 47	m.moser@sro.ch	Mitglied Q.kommission; Stv-Chefarzt Psychiatrie
Nadine Präg	+41 62 916 35 15	n.praeg@sro.ch	Mitglied Q.kommission; Bereichsleiterin Patientenaufnahme
Peter Sterki	+41 62 916 32 40	p.sterki@sro.ch	Mitglied Q.kommission; Ressortleiter Akutpflege

*Hauptansprechperson

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter: www.sro.ch

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/> Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	Spitalstandort: Langenthal Übrige Standorte: Langenthal, Huttwil, Niederbipp, Herzogenbuchsee (ambulante Angebote)

C1 Angebotsübersicht

Angeborene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie	LAN, NIE, HUT	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	LAN	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)		
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	LAN, HUT	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		
Handchirurgie	LAN, NIE	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und am Gefässen im Brustkorb und-raum)		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	LAN, NIE, HUT	
<input type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	LAN, HUT	Belegärzte
<input type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	LAN	
<input type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	LAN, NIE	Spital- sowie Belegarzt
<input type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)	LAN	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph- systems)	LAN	
<input type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		
<input type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	LAN	
<input type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen)	LAN, NIE	Belegärzte
<input type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	LAN	In Zusammenarbeit mit Inselspital
<input type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	LAN	
<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	HUT	Belegarzt (Manuelle Medizin)
<input type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs- organe)	LAN	Konsiliarärzte
Intensivmedizin	LAN	
Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Kinderchirurgie	LAN	
Langzeitpflege	NIE, HUT, HER	Beteiligung an dahlia oberaargau ag
Neurochirurgie	LAN	Belegärzte
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems)	LAN	Belegarzt
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	LAN	Belegarzt
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	LAN, NIE	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	LAN	Belegärzte
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	LAN	Konsiliarärzte
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)- kranker)	Im Aufbau für LAN	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	LAN, NIE	
Psychiatrie und Psychotherapie	LAN, NIE, HUT	
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	LAN, NIE	
Tropen- und Reisemedizin	LAN	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	LAN	Spital- und Belegarzt

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	LAN, NIE, HUT	
Ergotherapie	LAN, NIE, HUT	
Ernährungsberatung	LAN, NIE, HUT	
Logopädie	LAN, NIE, HUT	
Neuropsychologie		
Physiotherapie	LAN, NIE, HUT, HER	
Psychologie	LAN, NIE, HUT	
Psychotherapie	LAN, NIE	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	49'991	51'022	
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener			
Anzahl stationär behandelter Patienten,	8'239	7'953	
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	584	551	
Geleistete Pflegetage	54'934	55'562	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	166	166	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.7	7	
Durchschnittliche Bettenbelegung	85.6	87.1	

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2012

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen	
Ambulant	2'081	---	---	---
Tagesklinik	106	Akut TK und Rehab TK 14 + 9 = 23 Plätze	49 Tage bei total abgerechneten 5213 Tagen	---

Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Geleistete Pflegetage
Stationär	16	132	42.85	5'656
Fürsorgerische Unterbringung bei Eintritt (unfreiwilliger Eintritt)	---	0	0	0

Hauptaustrittsdiagnose			
ICD-Nr.	Diagnose	Anzahl Patienten	In Prozent
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	153	5.56
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	226	8.20
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	301	10.92
F3	Affektive Störungen	894	32.40
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung	841	30.50
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	25	0.92
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	219	7.94
F7	Intelligenzminderung	21	0.76
F8	Entwicklungsstörungen	0	0
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	25	0.89
	Weitere	55	2.0
	Total	2'760	100%

Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

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 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
1. Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.23	0= auf keinen Fall 10= auf jeden Fall
2. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.91	0= sehr schlecht 10= ausgezeichnet
3. Wenn Sie Fragen an einen Arzt oder eine Ärztin stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.03	0= nie 10= immer
4. Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.06	0= nie 10= immer
5. Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.35	0= nie 10= immer
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
<input type="checkbox"/>	Mecon	<input checked="" type="checkbox"/>	Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments	Patientenzufriedenheitsmessung ANQ	Name des Messinstituts	hcri AG
<input type="checkbox"/>	PEQ				
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/>	POC(-18)				
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments					

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Austritt zwischen 1.09. und 30.09.2012 - stationärer Aufenthalt (mindestens 24 Stunden im Spital) - Alter >= 18 Jahre zum Zeitpunkt des Austritts 		
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Verstorbene PatientInnen (im Spital und nach Spitalaufenthalt – sofern das Spital davon Kenntnis erhält) - Mehrfachhospitalisierte werden nur einmal befragt - PatientInnen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz 		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		215 retournierte Fragebogen		
Rücklauf in Prozent		48.64%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben– zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – 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	„Ihre Meinung interessiert uns“
Name der Ansprechperson	Dr. Andreas Kohli
Funktion	Direktor
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Den Fragebogen „Ihre Meinung interessiert uns“ erhalten alle stationären Patienten mit der Eintrittsbroschüre, zudem liegt er an diversen Orten im Spital auf und ist ebenfalls auf www.sro.ch zu finden. Beschwerden können ebenfalls per Mail auf info@sro.ch gesendet werden oder mündlich via Tel.Nr. 062 916 31 31
Bemerkungen	Wir verweisen im Übrigen auch auf die kantonale Ombudsstelle www.ombudsstelle-spitalwesen.ch/

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Jede Patientenrückmeldung wird von den zuständigen Personen bearbeitet und beantwortet. Veränderungen, welche zur Erhöhung der Patientensicherheit und zur Steigerung der Patientenzufriedenheit beitragen, werden wo immer möglich umgesetzt. Ein Beispiel:			
Überprüfung Stellenetat Notfallpflege	Erhöhung Patientensicherheit, Senkung Warte- und Durchlaufzeiten, Steigerung Patientenzufriedenheit und Verbesserung Arbeitsbedingungen	Notfallpflege	2012
sowie Reorganisation Notfallzentrum		Ärztliche Bereiche Medizin, Chirurgie und Orthopädie	2012-2013

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	Die Angehörigenzufriedenheit wird nicht systematisch abgefragt, hingegen besteht auch für die Angehörigen die Möglichkeit, sich via Beschwerdemanagement zu melden bzw. den Fragebogen „Ihre Meinung interessiert uns...!“ auszufüllen.	
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 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 type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014

D4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweiser (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 checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung	Die Zufriedenheit der zuweisenden Ärzte wird bislang nicht mittels standardisiertem Verfahren erhoben, sondern über eine gezielte Pflege der Beziehungen laufend ermittelt.	
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:



ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNOSO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

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

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®¹ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: 2010					
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Interpretation ²
Intern	Extern				
4.84%	0.80%	5.82%	5.41-6.22	B	A = gut B = normal C = muss analysiert werden

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ³

Informationen für das Fachpublikum: 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 einbezogene Fälle (Risikopopulation)		6'365
Bemerkung		

¹ SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

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 Rehospitalisationen.

³ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Wertung der Ergebnisse ⁴
3.36%	3.76%	3.08-4.54%	B	A = gut B = normal C = muss analysiert werden

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ⁵

Weiterführende Informationen: 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 einbezogene Fälle (Risikopopulation)		3'515

⁴ 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.

⁵ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthalts.

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler 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. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

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

Aktuelle Messergebnisse des Jahres: 1.10.2011-30.9.2012				Vorjahreswerte	
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen			% ()		% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen			% ()		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Hernieoperationen	232	3	1.3% (0.3-3.7)		0.3% (0.0-1.7)
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	52	11	21.2% (11.1-34.7)		24.0% (14.9-35.3)
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()		% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	85		<i>Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.</i>		
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen					
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)			% ()		% ()
<input type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)			% ()		% ()
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
<input type="checkbox"/> Die Messung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	SwissNOSO

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.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabelle mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Überarbeitung Hygienerichtlinien - Stoppelrasur mit Clipper - Präoperative Hautdesinfektion - Hygieneregeln für Personal im OP-Bereich Etc.	- Minimieren Wundinfektionsrisiko - Reduktion Keimzahl zur Senkung Wundinfektionsrate - Verhinderung von Verschleppen nosokomialen Infektionserregern aus anderen Bereichen in den OP	Akutsomatik	2011ff

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁷ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum			
Messinstitution	Berner Fachhochschule		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre). (Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten	84	Anteil in Prozent (Antwortrate)	68.3
Bemerkung			

⁷ 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 und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach ([Victorian Government Department of Human Services \(2004\) zitiert bei Frank & Schwendmann, 2008c](#)).

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Spital Langenthal
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁸
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.		
6%	In Prozent	

Dekubitus (Wundliegen)

Ein 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 Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Spital Langenthal
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4	3	3.6%
	ohne Kategorie 1	1	1.2%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	1	1.2%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	1	1.2%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	0	0%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0%

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

⁸ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse. Qualitätsbericht 2012

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ

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

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Vgl. hierzu Kapitel D-1

E2 ANQ-Indikatoren Psychiatrie

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Die ANQ-Messvorgaben gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Gerontopsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsmessungen empfohlen.

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Messung der Symptombelastung mittels HoNOS Adults	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der Symptombelastung mittels BSCL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels EFM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Evaluation Research Institute der Universitären Psychiatrischen Klinik (UPK) Basel

Erläuterung zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch/psychiatrie

E2-1 Symptombelastung mittels HoNOS Adults

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung (im ANQ als Delta zwischen Ein- und Austritt). Mit dem HoNOS wird das Gesamtbild der Situation eines Patienten mittels 12 Items erhoben. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Station Niederbipp			
Messergebnisse			
Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie			
Bemerkung			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Anzahl der untersuchten Patienten vom 01.07.2012 bis 31.12.2012		41	In Prozent 87,23 %
Bemerkung Bei 6 der 47 Pat.-Bogen kam es zu einem Drop-out.			

E2-2 Symptombelastung mittels BSCL

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung (im ANQ als Delta zwischen Ein- und Austritt). Mit dem BSCL wird das Gesamtbild der Situation eines Patienten mittels 53 Items erhoben. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Station Niederbipp			
Messergebnisse			
Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zum gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Anzahl der untersuchten Patienten vom 01.01.2012 bis 31.12.2012		37	In Prozent 78,72
Bemerkung 10 der 47 Patienten konnten die BSCL-Form. nicht ausfüllen.			

E2-3 Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie gerontotypische Sicherheitsmassnahmen wie Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEVI-Decken.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen sollen in der Psychiatrie selten und nur in gut begründeten Ausnahmefällen eingesetzt werden, nämlich dann, wenn durch die psychische Krankheit vom Patienten eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen sind dabei **zwingend** zu berücksichtigen, insbesondere das neue Kinds- und Erwachsenenschutzgesetz sowie die diesbezüglichen kantonalen Einführungs- und Ausführungsbestimmungen. Überdies liegen der Erfassung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen die ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) sowie die klinikinternen Richtlinien und Bestimmungen zugrunde.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Station Niederbipp
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie			
Bemerkung			
Keine FFE-Patienten im Jahre 2012			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Anzahl der untersuchten Patienten Vom 01.07.2012 bis 31.12.2012		---	In Prozent
Bemerkung			

F

Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	Prävalenzstudie nosokomiale Infektionen nach snip07 (swiss nosocomial infection prevalence study 2007)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Spital Langenthal
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
Infektionen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Infektionsrate von 6.1%	Die durchschnittliche Infektrate vergleichbarer Spitäler beträgt ebenfalls 6.1%.
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: Universitätsspital Basel, Spitalhygiene

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Einschluss aller Patienten, die am Studientag auf den eingeschlossenen Abteilungen eingeschrieben sind für eine Hospitalisation von mehr als 24 Stunden	
	Ausschlusskriterien	Psychiatrie, Ophtalmologie, ORL Kinder	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	99	Anteil in Prozent	

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Sturzereignisse

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?				
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	Spital Langenthal
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Akutsomatik

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
180 (2011: 200)	71 (2011: 70)	109 (2011: 130)	Rückgang gegenüber Vorjahr um 10%, hingegen leichter prozentualer Anstieg der Stürze mit Behandlungsfolgen.
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
<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 Auswertungsinanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten >= 18 Jahre	
	Ausschlusskriterien	Wöchnerinnen	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Einführung Bodenpflege	Verminderung Sturzrate	Akutsomatik	2011f
Schulungen zu akuter und chronischer Verwirrtheit	Sensibilisierung	Akutsomatik	2011ff
Geriatrisches Assessment	Bessere Erfassung sturzgefährdeter Patienten	Akutsomatik	2011ff
Sturzrisikoabklärungen seitens Physiotherapie	Früherkennung sturzgefährdeter Patienten, präventive Einleitung von Massnahmen	Akutsomatik	Daueraufgabe

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Dekubitus (ab Kategorie 2)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Spital Langenthal
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Akutsomatische Abteilungen ohne Geburtshilfe

Messergebnisse		
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
79 (2011: 77)	39 (2011: 79)	Im Vergleich zu Referenzspitälern weist die SRO AG eine sehr tiefe Dekubitusrate aus. Es wurde in den vergangenen Jahren eine stetige Verbesserung verzeichnet. Rund alle zwei Jahre vergleicht sich das Spital in Zusammenarbeit mit hcri (vormals Verein Outcome) mit anderen Institutionen.
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments: Meldeinstrument Dekubitus
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: Einschätzung mittels Norton-Skala

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten >= 18 Jahre
	Ausschlusskriterien	Wöchnerinnen

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Verbesserungsaktivitäten im Rahmen Q-Zirkel Dekubitus gemäss sanaCERT suisse			

F4 Weiteres Messthema

Messthema	Händehygiene
Was wird gemessen?	Händehygiene-Compliance

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Spital Langenthal
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
Messthema	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamtcompliance: 76%	Der Vorjahreswert konnte gehalten werden (2011: 76%; 2010: 63%)
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instruments:
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:
		Standardisiertes Protokoll der Swiss Hände Hygiene Campage (SHHC)

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.

Nimmt der 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.

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie - AQC	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	Ja. Seit Beginn	LAN, HUT, NIE
Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken - ASF	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	Ja. Seit Beginn	LAN
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Ja.	
Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI - MDSi	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	Ja.	
Schweizerische HIV Kohortenstudie - SHCS	Infektiologie	Schweizerische HIV Kohortenstudie www.shcs.ch	Ja. Seit 2009	
Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister - SOL-DHR	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - www.lebensspende.ch/de/verein.php	Ja. Seit 2002	
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	Ja. Seit 2011	
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	Ja. Seit 2012	
Swiss Breast Center Database - SBCDB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch		Brustzentrum Aara meldet in ein deutsches Register...

Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program - SRRQAP	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrgap.ch	Ja. Seit Beginn	
SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch	Ja. Seit 2011	

H 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
sanaCERT suisse	Akutsomatik	2010		
IVR-Anerkennung	Rettungsdienst	2010	2011	
SGI-anerkannte IPS	Intensivstation			
Qualab	Labor	1986	2012	

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Qualitätsmanagement	Kontinuierliche Qualitätsentwicklung und –sicherung. Steuerungsorgan ist die Qualitätskommission, welche repräsentativ für die ganze SRO AG zusammengesetzt ist. Sie ist verantwortlich für die Erarbeitung und Umsetzung der Qualitätspolitik der Unternehmung.	SRO AG	Daueraufgabe
Qzirkel Erhebung von Patientenurteilen	1. Das Spital führt eine Erhebung von Patientenurteilen durch. 2. Bei dieser Erhebung stehen Elemente im Zentrum, welche das ärztliche und/oder pflegerische Handeln im Spital betreffen. 3. Das Spital hält fest, wie die mittelfristige Strategie zum Gegenstand "Befragung von Patientinnen und Patienten" angelegt ist. 4. Die Erhebung ist so konzeptualisiert, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Bedeutung von Patientenurteilen nachvollziehen können.	Akutsomatik	Daueraufgabe
Qzirkel Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern	1. Es existieren Regeln für die periodische Überprüfung der Aufenthaltsdauern von Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Abteilungen/Kliniken. 2. Die Methode zur Überprüfung von Aufenthaltsdauern wird mindestens einmal jährlich einer kritischen Beurteilung durch die oberste Entscheidungsinstanz des Spitals unterzogen. 3. Die Spitalleitung entwickelt eine Strategie zur Optimierung von Aufenthaltsdauern.	Akutsomatik	2007-2012

<p>Qzirkel Infektionsprävention und Spitalhygiene</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das Spital hat die Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene so dokumentiert, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter diese entsprechend ihrer bzw. seiner Funktion nachvollziehen kann. 2. Für bestimmte Zeiträume werden Ziele der Infektionsprävention und Spitalhygiene bestimmt. Arbeits- und Zeitpläne zeigen auf, wie diese Ziele zu erreichen sind. 3. Die Zielerreichung wird jährlich gemessen. 4. Die Hygienekommission ist repräsentativ zusammengesetzt. Das Fachteam Hygiene ist zuständig für alle operationellen Belange. 5. Mitglieder der Hygienekommission und des Fachteams haben Fortbildungsveranstaltungen in diesem Bereich besucht. 6. Mit aussen stehenden Fachpersonen im Bereich der Infektionsprävention und Hygiene besteht so Kontakt, dass sie bei Bedarf um Rat und Unterstützung angegangen werden können. 	<p>SRO AG</p>	<p>Daueraufgabe</p>
<p>Qzirkel Schmerzbehandlung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das Spital besitzt Handlungsanleitungen zur Schmerzbekämpfung (akuter und chronischer Schmerz). 2. Die Umsetzung dieser Handlungsanleitungen wird beim Pflegepersonal, bei den Ärztinnen und Ärzten und auch bei Patientinnen und Patienten überprüft. 3. Die Resultate aus der Überprüfung der Umsetzung werden kommuniziert, und wenn nötig werden die Handlungsanleitungen angepasst. 	<p>Akutsomatik</p>	<p>Daueraufgabe</p>
<p>Qzirkel Chirurgie</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abklärung und Behandlung orientieren sich an Guidelines oder, wo solche fehlen, an klinikinternen Handlungsrichtlinien. 2. Pflegende arbeiten prä-, intra- und postoperativ mit Pflegestandards und Handlungsrichtlinien. Die Einhaltung der Pflegestandards und Handlungsrichtlinien wird überprüft. 3. Vor operativen und anderen invasiven Eingriffen werden die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige über die Diagnose, den voraussichtlichen Verlauf mit oder ohne Behandlung, die Behandlungsmöglichkeiten, die möglichen Komplikationen und Risiken und die verwendeten Hilfsmittel informiert. 4. Vor der Einleitung der Narkose, vor der ersten chirurgischen Intervention und bevor der Patient bzw. die Patientin den Operationssaal verlässt, überprüft das Team mittels einer Checkliste, was zu einer Gefährdung des Patienten bzw. der Patientin führen könnte. 5. Im Team finden Besprechungen von aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen etc. statt. Diese Besprechungen erfolgen berufs- und fachübergreifend und werden moderiert und protokolliert. 6. Die Chirurgische Klinik führt ein Monitoring ausgewählter Indikatoren für die Leistungsqualität durch. 	<p>Chirurgie</p>	<p>Daueraufgabe</p>

<p>Qzirkel Umgang mit kritischen Zwischenfällen / CIRS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das Spital umschreibt, was unter kritischen Zwischenfällen zu verstehen ist. 2. Ein Konzept legt fest, wie das Spital kritische Zwischenfälle vermeidet bzw. bewältigt. Es umfasst Regeln und Unterlagen für die Meldung von kritischen Zwischenfällen. 3. Das Konzept ist umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft. 4. Mitarbeitende und Spitalleitung besprechen regelmässig die eingetretenen kritischen Zwischenfälle und erarbeiten Massnahmen zu ihrer Vermeidung und Bewältigung. 	<p>Akutsomatik</p>	<p>Daueraufgabe</p>
<p>Qzirkel Dekubitusvermeidung und - pflege</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das Dekubitusrisiko wird innert 6 Stunden anhand der Norton Skala und einer klinischen Beurteilung durch die Pflegenden bei allen Patienten durchgeführt, welche die klinikinternen Kriterien erfüllen. Anhand derselben Kriterien, so wie bei einer Veränderung der Situation wird eine Neubeurteilung des Dekubitusrisikos durchgeführt. 2. Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung. Sie werden über die geplanten Massnahmen zur Vermeidung informiert und wirken nach Möglichkeit an deren Umsetzung mit. 3. Risikovermindernde Massnahmen, neu entstandene Dekubitus, Behandlung, Verlauf und Heilung werden dokumentiert. Prophylaxe, Therapie und Pflege orientieren sich an für das gesamte Spital verbindlichen Handlungsrichtlinien. 4. Ärztinnen, Ärzte, Pflegende und weitere beteiligte Mitarbeitende sind in der Lage, das Dekubitusrisiko einzuschätzen, verfügen über aktuelles Wissen zur Entstehung, Vermeidung und Heilung von Dekubitus und kennen ihre Kompetenzen zur Dekubitusbekämpfung. 5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen und die Messergebnisse werden periodisch von den Ärzten, Ärztinnen, Pflegenden und weiteren beteiligten Mitarbeitenden gemeinsam beurteilt. 	<p>Akutsomatik</p>	<p>Daueraufgabe</p>
<p>Qprojekt Palliative Care</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patienten mit einer unheilbar fortschreitenden schweren Erkrankung ohne Aussicht auf entscheidende Besserung mit deutlich eingeschränkter Lebenserwartung werden nach dem Konzept „Palliative Betreuung“ behandelt und betreut. 2. Mitarbeitende sind in der Lage, palliative Situationen zu erkennen und entsprechend zu handeln. 3. Angehörige werden in den Prozess einbezogen. 4. Mitarbeitende werden in der Begleitung dieses Patienten unterstützt. 	<p>Akutsomatik</p>	<p>1/2011-9/2013</p>

<p>Qprojekt Rettungsdienst</p>	<p>1. Der Rettungsdienst verfügt über ein Konzept, in welchem festgelegt ist, wie Patientinnen und Patienten fachtechnisch korrekt gerettet, medizinisch versorgt und betreut werden. Grundlage für die Erarbeitung des Konzepts sind die Bestimmungen über die Anerkennung von Rettungsdiensten des IVR.</p> <p>2. Das Konzept regelt die Zuständigkeiten, die Koordination und Zusammenarbeit mit den Partnern der Rettungskette im Einzugsgebiet und die Übergabe der Patientinnen und Patienten an die weiter versorgende Einrichtung.</p> <p>3. Rettung und Betreuung achten die Würde und Integrität der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen.</p> <p>4. Im Konzept sind Weiterbildung des Teams und fachliche und psychologische Debriefings berücksichtigt.</p>	<p>Rettungs- dienst</p>	<p>1/2011-9/2013</p>
------------------------------------	---	-----------------------------	----------------------

Unter der Leitung von:

- Qualitätsmanagement: Sandra Lambroia Groux
- Erhebung von Patientenurteilen: Claudia Graf-Jakob
- Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern: Dr. Thomas Künzi
- Infektionsprävention und Spitalhygiene: Dr. Reto Laffer
- Schmerzbehandlung: Dr. Wojciech Syrynski
- Chirurgie: Dr. Dominik Lüdi
- Umgang mit kritischen Zwischenfällen: Dr. Hanspeter Vogt
- Dekubitusvermeidung und -behandlung: Sibylle Allenbach-Weyers
- Palliative Care: Sibylle Allenbach-Weyers, Dr. Astrid Schönenberger
- Rettungsdienst: Elmar Rollwage, Thomas Giger

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitlel	Beschwerdemanagement
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Das Globalziel des Beschwerdemanagements liegt darin, Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens dadurch zu erhöhen, dass Kundenzufriedenheit wiederhergestellt, die negativen Auswirkungen von Kundenunzufriedenheit auf das Unternehmen minimiert und die in Beschwerden enthaltenen Hinweise auf betriebliche Schwächen und Chancen genutzt werden. Beschwerdemanagement muss von der obersten Führung vertreten und gelebt werden. Beschwerden werden nicht als Übel, sondern als Chance beurteilt. In der SRO AG muss an einer Fehlerkultur weitergearbeitet werden, die nicht auf Schuldzuweisungen beruht, sondern Verbesserungen (v.a. auf Systemebene) zum Inhalt hat.
Beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> - Überarbeiten des bestehenden Beschwerdemanagements - Prozessoptimierung - Dankeschreiben überarbeiten - Design des Bogens überarbeiten - Erreichbarkeit und Abgabemöglichkeiten des Bogens verbessern - Systematische Auswertung aufbauen
Projektablauf / Methodik	Beschwerdemanagement als Teil des Grundstandards Qualitätsmanagement nach sanaCERT suisse. Einhaltung des PDCA-Kreislaufs. Methoden des Projektmanagements.
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	Alle Berufsgruppen, insb. Qualitätsmanagementmitarbeitende, Marketing sowie Spitalleitung und Qualitätskommission
Projektelevaluation / Konsequenzen	<p>Überarbeitetes Instrument / neuer Fragebogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Vereinheitlicht für alle ▶ «Smiley-Konzept» für Personen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen oder Lese- und Schreieschwierigkeiten ▶ Inhalt überarbeitet (Freitext sowie multiple choice) <p>Einfacher und schneller Weg:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Briefkästen mit Wiedererkennungswert ▶ klar erkennbare Standorte ▶ Fragebogen mit Schreibzeug am Briefkasten ▶ Briefkästen und Fragebogen-Dispenser auf passender Höhe ▶ Fragebogen auch auf www.sro.ch zugänglich <p>Beschwerdewege:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ per Post oder über Briefkästen ▶ per Hand Abgabe an der Information ▶ Via Mail info@sro.ch <p>Feedback:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Unternehmenskultur: Durchdringung bei den Mitarbeitenden ▶ Jede/r kann Patienten, Besucher oder Angehörigen darüber informieren, wohin sie sich mit einer Beschwerde wenden können. ▶ Regelmässige Rückmeldungen an Mitarbeitende über eingegangene Rückmeldungen (auch positives Feedback, nicht nur Beschwerden) und über eingeleitete Massnahmen.

"Wir bleiben nicht gut, wenn wir nicht immer besser zu werden trachten"
Gottfried Keller

Dieser Satz von Gottfried Keller bleibt weiterhin das Motto unserer Qualitätsarbeit.

Die Rahmenbedingungen für das Arbeiten im Spital zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten sind in den vergangenen Jahren härter und anspruchsvoller geworden. Die SRO AG hat diese Herausforderung angenommen und versucht, trotz strengen wirtschaftlichen Vorgaben, die Qualität hoch zu halten, die Sicherheit, das Wohl und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten als zentralen Antriebspunkt des Handelns zu bewahren.

Wir danken allen Mitarbeitenden, allen zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, allen Partnern, allen Patientinnen und Patienten für ihr Engagement, ihre Treue und ihr Vertrauen.

Langenthal, den 21. März 2013
Die Qualitätskommission