

Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+

Version 8.0



Akutsomatik



Psychiatrie

SRO AG
Spital Region Oberaargau AG
St. Urbanstrasse 67
4901 Langenthal
www.sro.ch

Freigabe am: 11. Mai 2015
durch: Spitaldirektion

Impressum

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2014

Frau
Evelyn Müller
Qualitätsmanagerin

062 916 35 07
ev.mueller@sro.ch

Vorwort von H+ die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und gewissen kantonalen Messungen teil.

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014	6
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagement.....	7
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	9
C1	Kennzahlen 2014	9
C2	Angebotsübersicht	9
C3	Leistungsangebot in der Psychiatrie	12
D	Zufriedenheitsmessungen	13
D1	Patientenzufriedenheit	13
D2	Angehörigenzufriedenheit	14
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	14
D4	Zuweiserzufriedenheit	15
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	17
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	17
E1-1	Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	18
E1-2	Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	19
E1-3	Messung der Wundinfektionen nach Operationen	20
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus	22
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2014 in der Akutsomatik	25
E1-7	SIRIS Implantatregister	27
E2	Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie	28
E2-1	Erwachsenenpsychiatrie.....	29
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014	32
F1	Infektionen (andere als mit ANQ / Swissnoso)	32
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ vom ANQ)	33
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)	34
F6	Weiteres Messthema	35
G	Registerübersicht	37
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	39
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	39
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	39
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	43
I	Schlusswort und Ausblick	45

Die SRO AG gehört zu den regionalen Spitalzentren des Kantons Bern. Ihr Einzugsgebiet zählt ungefähr 80'000 Personen. Das Leistungsangebot der SRO AG umfasst ein Akutspital am Standort Langenthal sowie zwei Gesundheitszentren an den Standorten Huttwil und Niederbipp. Der Rettungsdienst deckt von den Standorten Langenthal, Madiswil und Niederbipp das gesamte Einzugsgebiet der SRO AG ab.

Das Akutspital Langenthal ist im Kliniksystem organisiert. Unsere ambulanten und stationären Patientinnen und Patienten werden in folgenden Kliniken betreut: Anästhesiologie und Schmerztherapie, Chirurgie, Frauenklinik, Innere Medizin, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Psychiatrie und Radiologie.

Das Leistungsangebot der Gesundheitszentren umfasst vorwiegend ambulante Dienstleistungen aus den Bereichen Prävention, Therapien und Beratungen sowie Sprechstunden durch Spezial- und Hausärzte.

Die SRO AG ist an zwei Tochtergesellschaften beteiligt. Die dahlia obernberg ag erbringt an vier Standorten Leistungen im Bereich der stationären Alterspflege. Die HasliPraxis AG deckt als Hausarztpraxis rund die Hälfte der hausärztlichen Grundversorgung der Stadt Langenthal ab.

Im der Akutsomatik der SRO AG wurden im Berichtsjahr 8'139 stationäre und 46'286 ambulante Patienten behandelt. 570 gesunde Neugeborene kamen zur Welt. In den psychiatrischen Diensten wurden 310 stationäre und 1'481 ambulante Patienten behandelt. Die SRO AG verfügte im Berichtsjahr über 751.5 Vollzeitstellen. Weitere Informationen zum Leistungsangebot der SRO AG sind auf der Homepage, unter www.sro.ch, abrufbar.

Der Geschäftsbericht 2014 der SRO AG ist über folgenden Link abrufbar:

www.sro.ch/ueber-SRO/Jahresberichte.aspx

Im Jahr 2014 konnte die SRO AG am Standort Langenthal den Neubau West eröffnen. Darin untergebracht ist das neue Operationszentrum mit sechs topmodernen Operationssälen und der neuen ZSVA (zentrale Sterilgutversorgung), welche über die neuste Infrastruktur und Arbeitsplätze mit Tageslicht verfügt. Weiter befinden sich die neuen Räumlichkeiten der Therapien und des Labors in diesem Gebäude. Mit der neuen Infrastruktur konnten die Operationsprozesse weiter optimiert werden. So befindet sich beispielsweise der neue Aufwachraum direkt neben den Operationssälen, sodass frischoperierte Patienten nicht unnötig transportiert werden müssen, was sich positiv auf die Patientensicherheit auswirkt.

Der langjährige Chefarzt der Frauenklinik, Dr. med. Hanspeter Vogt, ging Ende März in Pension. Die Leitung der Klinik hat Dr. med. univ. Dieter Kölle übernommen. Mit Dr. Kölle wird das Leistungsangebot der Frauenklinik um die Urogynäkologie ergänzt.

Die Klinik für Chirurgie wurde um das Leistungsangebot der Wirbelsäulenchirurgie erweitert. Diese Leistungen, welche bisher im Belegarztsystem erbracht wurden, werden neu von Spitalärzten der SRO AG angeboten.

Im Bereich des Notfallzentrums übernimmt neu ein leitender Arzt die kaderärztliche Betreuung der Notfallpatienten; bis anhin wurde diese durch Klinikärzte, welche neben der Notfallbetreuung weitere Verpflichtungen hatten, sichergestellt. Die neue Lösung wirkt sich positiv auf die Betreuung der Patienten aus, vermindert Wartezeiten und hat die Mehrfachbelastung der Kaderärzte reduziert.

In die Spitaldirektion haben zwei neue Personen Einsitz genommen. Frau Irene Ryser ersetzt die ausgetretene Pflegedienstleiterin, Herr Timo Thimm vertritt neu die Anliegen des gesamten Operationszentrums.

Im Jahr 2014 bildete die Förderung der Sozial- und Führungskompetenzen einen Schwerpunkt in der SRO AG. An der Überarbeitung des Leitbilds waren Mitarbeitende aller Organisationseinheiten und Hierarchiestufen vertreten. Resultat ist ein ausformuliertes Leitbild sowie 13 Leitsätze. Um die Umsetzung dieser Leitsätze zu unterstützen sind diese im Arbeitsalltag auf immer wieder neue Arten präsent, beispielsweise auf Tischsets, Firmenautos oder als Banner im Intranet.

Im Berichtsjahr haben alle Kadermitarbeitenden einen sechs-tägigen Führungskurs besucht, an welchem sie ihr Führungsverhalten reflektiert und ihre Führungskompetenzen erweitert haben.

Als Massnahme zur Förderung der Sozialkompetenzen haben alle Mitarbeitenden eine Schulung in Kundenorientierung absolviert. Diese ist nun fester Bestandteil bei der Einführung neuer Mitarbeitenden.

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 Patientenurteile.
- 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 2014

Im Jahr 2014 hat die SRO AG das Critical Incident Reporting System überarbeitet. Dabei wurden folgende Grundsätze berücksichtigt:

- Zur Förderung der No-Blame-Kultur und zur gezielten Analyse von Fällen mit hohem Lernpotential mit der Methode ERA (error and risk analysis) soll die Möglichkeit geboten werden, Fälle wahlweise mit Namen zu melden
- Dezentrale Analyse der eingehenden Meldungen in interdisziplinären Tandems
- Zeitnahe und transparente Information der Mitarbeitenden über die bearbeiteten Fälle durch Einführung einer öffentlichen Fallliste, CIRS-Newsletters und Information an Qualitätskonferenzen
- Integration der Erkenntnisse aus CIRS in das übergeordnete klinische Risikomanagement

Die Qualitätskommission und die Kommission für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz wurden im Jahr 2014 zusammengeführt. Damit werden die Synergien, die sich aus den Bemühungen für die Mitarbeiter- und Patientensicherheit ergeben, genutzt.

Im Jahr 2014 wurde auf zwei Pflegestationen der Akutsomatik ein Pilotprojekt zur Einführung eines systematischen kontinuierlichen Verbesserungsprozesses durchgeführt. Ziel des Projektes ist die Nutzung des Wissens der Mitarbeitenden zur Verbesserungen von Prozessen und Dienstleistungen.

Die Pilotteams führen 14-täglich Teammeetings durch, welche regelmässig von Seiten des Qualitätsmanagements begleitet werden. Die beschlossenen Verbesserungsmassnahmen werden laufend implementiert und auf Umsetzung und Wirkung hin überprüft. Im 2015 wird das Projekt auf weitere Akutpflegestationen sowie andere Bereiche ausgeweitet.

Das Überwachungsaudit sanaCERT im Oktober 2014 hat gezeigt, dass die implementierten Standards kontinuierlich verbessert werden. Die erarbeiteten Unterlagen des neu erarbeiteten, aber noch nicht zertifizierten Standards Nr. 25 „Palliative Betreuung“ wurden dem externen Auditor erstmals vorgelegt.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

Kundenperspektive

Auf Basis der Resultate der internen Kundenzufriedenheitsmessung „Ihre Meinung interessiert uns“ wurden drei Verbesserungspotentiale identifiziert und entsprechende Massnahmen abgeleitet.

- ➔ Prozess der Medikamentenabgabe auf der Notfallstation überprüft und angepasst
- ➔ Sensibilisierung und Schulung aller Mitarbeitenden in den Themen Freundlichkeit und Kundenorientierung
- ➔ Anpassung der Situation am Haupteingang durch Umgestaltung der Raucherzone

Prozessperspektive

Die Prozesse und mitgeltenden Dokumente der Intensivstation wurden überarbeitet und ins interne Managementsystem integriert.

Die Checkliste „sichere Operation SRO“ wurde in allen Kliniken implementiert und die korrekte Anwendung ausgewertet.

Mit dem Pilotprojekt zur Einführung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) wird die Idee des betrieblichen Vorschlagswesens aufgenommen und umgesetzt.

Mit internen Audits wurden die Prozesse „Operationsanmeldung“, „palliative Betreuung“ sowie die Eintrittsprozesse der stationären Psychiatrie überprüft und Verbesserungspotential identifiziert.

Lern- und Entwicklungsperspektive

Neues CIRS Konzept wurde implementiert und intern geschult.

Drei Mitarbeitende haben die Schulung der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz zur Anwendung von ERA (error and risk analysis) erfolgreich absolviert.

Die Qualitätsorganisation wurde überprüft und angepasst. Die Kommission Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz wurde mit der Qualitätskommission zusammengeführt.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

progress! Sichere Medikation

Die SRO AG ist eines von neun Pilotspitälern, welches sich im Pilotprojekt progress! Sichere Medikation der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz engagiert. Ziel ist der Abgleich der patienteneigenen Medikamente bei Spitaleintritt durch Erstellung der prästationären Medikamentenliste des Patienten.

Überprüfung der Prozesse Austrittsmanagement

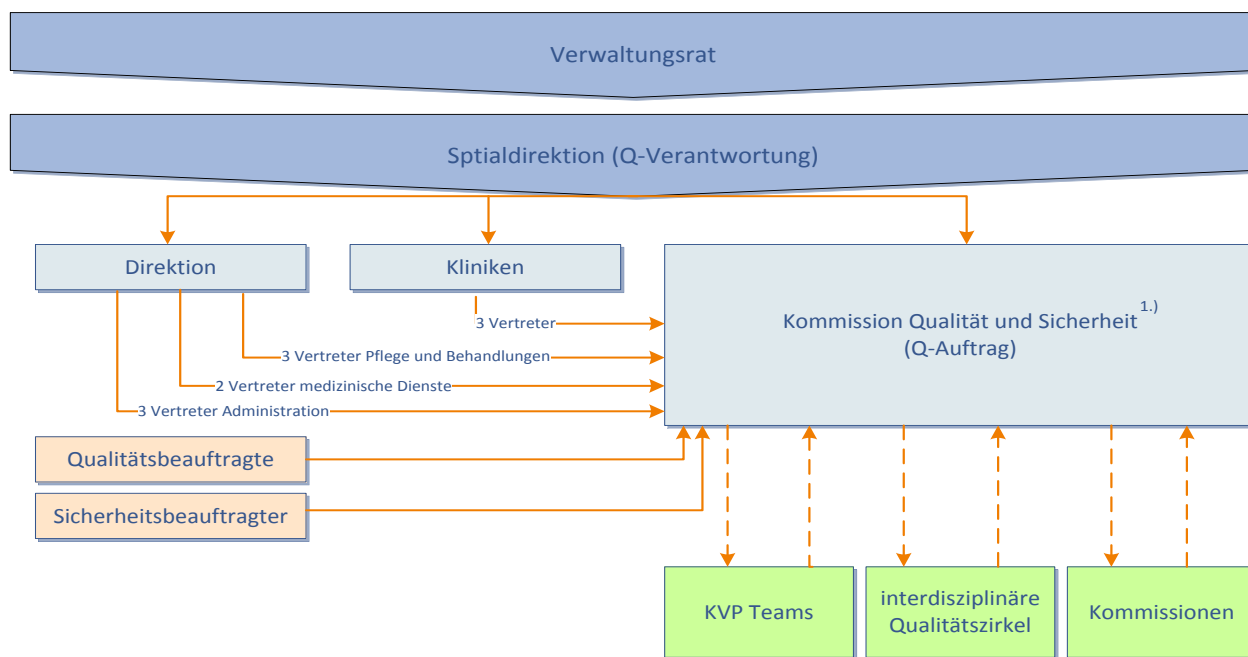
Eine interdisziplinäre Projektgruppe überprüft mit allen am Prozess beteiligten Funktionen die Prozesse im Bereich Austrittsmanagement. Die Ziele des Projektes sind eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit mit dem Austrittsprozess, eine Senkung des Anteils an sogenannten Langliegern sowie eine interdisziplinär genutzte Austrittsdokumentation.

Zertifizierung der zentralen Sterilgutversorgung ZSVA nach ISO 13485:2009

Um zukünftig auch die Aufbereitung des Sterilguts für externe Kunden übernehmen zu können, wird die zentrale Sterilgutversorgung (ZSVA) nach ISO 13485 zertifiziert.

B5 Organisation des Qualitätsmanagement

Qualitätsorganisation der SRO AG



1.) Davon mindestens je eine Vertretung Spitaldirektion, Aussenstandorte und Betriebskommission

Version 2.0
File_Name: VisioDocument

Erstellt durch: emü | slg
Freigegeben durch: Kommission Q & S

Seite: 1/1

Freigabedatum: 21.08.2014

☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	160 % Stellenprozente 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, Vorsitzende Kommission Qualität und Sicherheit, Klinikmanagerin
Evelyn Müller	+41 62 916 35 07	ev.mueller@sro.ch	Qualitätsmanagerin
Dr. Andreas Kohli	+41 62 916 35 10	a.kohli@sro.ch	Q-Verantwortlicher, Direktor
Jeannette Adank	+41 62 916 31 51	j.adank@sro.ch	Mitglied Kommission Qualität und Sicherheit Bereichsleiterin Spitalapotheke
Sibylle Allenbach	+41 62 916 32 92	s.allenbach@sro.ch	Mitglied Kommission Qualität und Sicherheit Pflegeexpertin
Walter Berger	+41 62 916 36 08	w.berger@sro.ch	Mitglied Kommission Qualität und Sicherheit Sicherheitsbeauftragter

Ilse Kientz	+41 62 916 31 59	i.kientz@sro.ch	Mitglied Kommission Qualität und Sicherheit Fachexpertin für Infektionsprävention im Gesundheitswesen Präsidentin Betriebskommission
Dr. med. Thomas Künzi	+41 62 916 32 29	t.kuenzi@sro.ch	Mitglied Kommission Qualität und Sicherheit Stv. Chefarzt Innere Medizin
Dr. med. Dominik Lüdi	+41 62 959 67 45	d.luedi@sro.ch	Mitglied Kommission Qualität und Sicherheit Stv. Chefarzt Chirurgie
Dr. med. Manuel Moser	+41 62 916 43 47	m.moser@sro.ch	Mitglied Kommission Qualität und Sicherheit Stv. Chefarzt Psychiatrische Dienste
Nadine Präg	+41 62 916 35 15	n.praeg@sro.ch	Mitglied Kommission Qualität und Sicherheit Bereichsleiterin Patientenadministration
Irene Ryser	+41 62 916 32 00	i.ryser@sro.ch	Mitglied Kommission Qualität und Sicherheit Ressortleiterin Akutpflege Mitglied der Spitaldirektion
Susanne Sommerhalder	+41 62 916 34 78	s.sommerhalder@sro.ch	Mitglied Kommission Qualität und Sicherheit Ressortleiterin Therapien und Behandlungen

*Hauptansprechperson

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

Spitalgruppe			
☒ Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	mit folgenden Fachbereichen:		
	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
Langenthal	☒	☒	☐
Herzogenbuchsee, Huttwil, Niederbipp	Ambulante Dienstleistungen		

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht:

<http://www.sro.ch/ueber-SRO/Jahresberichte.aspx>

C1 Kennzahlen 2014

Die Kennzahlen 2014 finden Sie im aktuellen Jahresbericht.

<http://www.sro.ch/ueber-SRO/Jahresberichte.aspx>

C2 Angebotsübersicht

Angebotene 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 HER (Belegarzt)	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		
Handchirurgie	LAN, NIE	
Herzgefässchirurgie		

Angebote medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitätern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
☐ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefäßen)	LAN	Belegärztin
☐ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	LAN	
☐ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	LAN, NIE	
☐ Geriatrie (Altersheilkunde)	LAN	
☐ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph-systems)	LAN	
☐ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		
☐ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	LAN	
☐ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen)	LAN, NIE	Belegärzte
☐ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	LAN	
☐ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	LAN	
☐ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	HUT NIE	Belegarzt (manuelle Medizin) Hausärztin (manuelle Medizin)
☐ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs- organe)	LAN	
Intensivmedizin	LAN	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	NIE	Externes Angebot
Kinderchirurgie	LAN	
Langzeitpflege	NIE, HUT, HER, WIE	Tochtergesellschaft, dahlia oberaargau ag
Neurochirurgie	LAN	Nur Eingriffe an der Wirbelsäule
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems)	LAN	Belegarzt
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	LAN, HUT, NIE	Belegärzte

Angebote medizinische Fachgebiete (3. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	LAN, NIE	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	LAN	Belegärzte
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	NIE LAN (Belegärzte)	
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)-kranker)	LAN	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	LAN, NIE	
Psychiatrie und Psychotherapie	LAN, HUT, NIE	
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	LAN, NIE	
Thoraxchirurgie (Operationen an der Lunge, im Brustkorb und-raum)	LAN	
Tropen- und Reisemedizin	LAN	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	LAN	Belegarzt

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

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



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf www.spitalinformation.ch, in der Rubrik „Angebot“.

C3 Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD -Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose	An den Standorten (ambulant LAN+HUT+NIE/ teilstationär LAN/ stationär LAN)	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	Schwergewichtig durch Bereich Alterspsychiatrie mit Standort Ambulatorium Langenthal abgedeckt; durch aufsuchende Pflege und Konsiliardienst an Heimen standortunabhängig im ganzen Einzugsgebiet geleistet. Dazu stationäres Angebot; teilstationär in Ausnahmefällen	Bereich Alterspsychiatrie: Somatik Spital SRO Langenthal durch Konsiliar- und Liaisondienst, Dahlia Heime, Alters- und Pflegeheime des Oberaargaus, Heimärzte, Hausärzte, freipraktizierende PsychiaterInnen, Pro Senectute, Spitex, Freiwilligenorganisationen, Fachklinik für Alterspsychiatrie Münsingen (PZM), Alterspsychiatrie UPD Waldau,
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Wird in allen Settings (ambulant, tagesklinisch, stationär) an den jeweiligen Standorten angeboten	Somatik Spital SRO durch Konsiliar- und Liaisondienst. HausärztInnen, freipraktizierende PsychiaterInnen. Psychiatrie-Spitex. Sozialdienste. KESB. Wohnheime, betreute Wohngemeinschaften, geschützte Werkstätten, Tagesstätte, Rehabilitationseinrichtungen. Psychiatrische Kliniken (PZM, St. Urban, UPD Waldau u.a.) Zusätzlich F1: Berner Gesundheit, Contact Netz mit Zentrum für ambulante Suchtmedizin Langenthal
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen		
F3	Affektive Störungen		
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung		
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen		
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		
F7	Intelligenzminderung		
F8	Entwicklungsstörungen	Bei Pat. jünger als 18 Jahren durch kinder- und jugendpsychiatrische Dienste (KJPD) vom Standort Burgdorf aus abgedeckt; Adulte Formen dieser Kapitel ansonsten auch an allen Standorten	Speziell KJPD, seit Dezember 2014 Psychologin des KJPD am Standort Ambulatorium Langenthal tätig, was direkteste Vernetzung ermöglicht. ansonsten wie F1-F7
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend		



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf www.spitalinformation.ch, in der Rubrik „Angebot“.

D1 Patientenzufriedenheit

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

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.		
☒	Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015

Messergebnisse der letzten Befragung	
☒	Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert: 2011
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
	Begründung
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	„Ihre Meinung interessiert uns“
Name der Ansprechperson	Sandra Lambroia Groux
Funktion	Qualitätsbeauftragte, Klinikmanagerin
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Die Fragebogen werden allen stationären Patienten mit der Eintrittsbroschüre abgegeben. Zudem liegen an verschiedenen Stellen Fragebogen auf. Der Fragebogen kann auch online ausgefüllt werden, er ist über die Homepage, www.sro.ch , abrufbar. Weiter können Beschwerden telefonisch, +41 62 916 31 31, oder per Mail info@sro.ch kommuniziert werden.
Bemerkungen	Wir verweisen im Übrigen auf die kantonale Ombudsstelle www.ombudsstelle-spitalwesen.ch

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?	
☒ Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .	
Begründung	Die Angehörigen Zufriedenheit wird nicht systematisch erfasst. Angehörige gelangen über das Formular „Ihre Meinung interessiert uns“ sowie telefonisch oder per Mail ans Qualitätsmanagement. Die Rückmeldungen von Angehörigen werden als solche erfasst.

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?	
☐ Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .	
Begründung	
☒ Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.	
☐ Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.	
☒ Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2013
Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2015

Messergebnisse der letzten Befragung	
☒	Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert: 2013
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
☒	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	☒	Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☐	Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse	
Gesamter Betrieb	4.7	66 % der Zuweiser sind mit der Zusammenarbeit zufrieden oder sehr zufrieden.	
☐	Die Ergebnisse wurden bereits im folgenden Qualitätsbericht publiziert.		
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Implementierte Massnahmen:			
- Newsletter für Hausärzte - Neue Ärzte des Spitals stellen sich im Rahmen der Fachvorträge vor - Direktor oder ärztlicher Direktor nutzen Informationsfenster im Ärztlichen Bezirksverein Oberaargau - Bildung einer klinikübergreifenden Arbeitsgruppe bestehend aus Haus- und Spitalärzten zur Analyse und Verbesserung der bestehenden Prozesse			

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Externes Messinstrument				
Name des Instruments			Name des Messinstituts	
☒ Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments		Schriftliche quantitative Umfrage mit 16 Fragen. Verwendung einer 6-stufigen Skala.		

Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Mitglieder des ärztlichen Bezirksvereins Oberaargau		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		51		
Rücklauf in Prozent		65 %	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja

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

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

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

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

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

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

E1-1 Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

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

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ¹ A, B oder C
Intern	Extern			
4.83 %	0.80 %	5.45 %	5.04 % - 5.86 %	B
☒ Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .				
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung				

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl auswertbare Austritte		6'362
Bemerkung		

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

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

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

E1-2 Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei werden 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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ² A, B oder C
2.55 %	2.71 %	2.42 % - 3.00 %	B
☒ Die Auswertung 2014 mit den Daten 2013 ist nicht abgeschlossen .			
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
Anzahl auswertbare Operationen		3'525
Bemerkungen		

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

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

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

E1-3 Messung der Wundinfektionen nach Operationen

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

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

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

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

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2013 – 30. September 2014					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ³ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Gallenblase-Entfernungen					
☒ Blinddarm-Entfernungen	114	3	2.6 %	0.5-7.5	keine Messung
☐ Blinddarm-Entfernungen bei Kinder und Jugendlichen					
☐ Hernienoperationen	keine Messung				0.87 % (0.1-3.2)
☒ Dickdarmoperationen (Colon)	50	9	18 %	8.6-31.4	21.1% (11.4-33.9)
☐ Kaiserschnitt (Sectio)					
☐ Gebärmutter-entfernungen					
☐ Wirbelsäulenchirurgie					
☐ Magenbypass-operationen					
☐ Rektumoperationen					
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

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

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2014 (1. Oktober 2013 – 31. September 2014) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁴ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Herzchirurgie					
☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	114	4	3.5 %	1.0-8.7	1.92% (0.2-6.8)
☐ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen					
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Infektionsrate in der Colonchirurgie hat sich weiter verbessert. Die umgesetzten Massnahmen, mit Optimierung des Zeitpunktes der Antibiotikagabe und konsequenter präoperativer Antibiotikaverabreichung zeigen Wirkung.

Durch die neue Operationstechnik mit ventralem Zugang ist die Infektionsrate bei den Hüftoperationen angestiegen. Die bereits umgesetzten Massnahmen in den Bereichen Wundverschluss, Desinfektion, Verbandtechnik und Überprüfung der Medikation auf Medikamente, die eine Wundheilungsstörung auslösen können, müssen weiter ausgebaut und ergänzt werden.

Der Prozess zur Erfassung der Wundinfektionen nach Operationen wurde im 2014 durch SwissNoso auditert. Der SRO AG wurde eine sehr hohe Erfassungsqualität bescheinigt (Score 44 von 50 möglichen Punkten). Die durchschnittlich erreichte Score bei 89 evaluierten Schweizer Spitälern liegt bei 35.2.

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

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

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus

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

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

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

Stürze

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

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

Deskriptive Messergebnisse 2014			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind. ⁵	4	In Prozent	6.3 %
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Folgende Verbesserungsaktivitäten wurden unternommen: 2011ff: Schulungen des Pflegepersonals zu akuter und chronischer Verwirrtheit, Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen 2012ff: Refresher Kinästhetik 2013ff: Anschaffung von Bodenpflegebetten, Screening Sturzgefährdung durch Pflegefachpersonal, Pilotversuch Screening akute Verwirrtheit, Evaluation Screening Sturzgefährdung, Anschaffung von Stopper Socken Geplante Massnahmen 2015: Sensibilisierung des Pflegepersonals hinsichtlich des Sturzrisikos, Überarbeitung des Sturzerfassungsformulars, Ergänzung mit den getroffenen Präventionsmassnahmen			

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten	64	Anteil in Prozent (Antwortrate)	49.2 %

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

Dekubitus (Wundliegen)

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

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

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

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

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

☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Begründung

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

SanaCERT Standard Nr. 28 „Dekubitusvermeidung und –pflege“ ist etabliert und wird regelmässig geschult. Der interdisziplinäre Qualitätszirkel überprüft die korrekte Anwendung der bestehenden Hilfsmittel mit der Durchführung von internen Audits und nimmt kontinuierlich Verbesserungen vor.

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	- Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, inter-mediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	- Alle stationäre Patienten ≤ 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt,

		- Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.		
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		64	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	49.2 %
Bemerkungen				

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2014 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. Im Modul D1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen ist im Modul D1 dokumentiert.

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ⁶ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.89	8.61 - 9.16	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.74	8.49 - 8.99	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.93	8.68 - 9.18	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.04	8.82 - 9.25	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.39	9.21 - 9.56	0 = nie 10 = immer
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Im Befragungszeitraum wurden im Bereich des Bettenhochhauses Umbauarbeiten durchgeführt, wodurch die Patienten zeitweise einer erheblichen Lärmbelastung ausgesetzt waren. Diese Belastung hat möglicherweise zu einer Verzerrung der Ergebnisse, insbesondere in Bezug auf die Fragen nach Rückkehr und Qualität geführt. Die Bewertung der Frage, ob die Patienten vom Arzt eine verständliche Antwort erhalten haben, hat sich im Vergleich zum Vorjahr verbessert. Die Bewertung der Pflege blieb auf hohem Niveau konstant, ebenso die Bewertung der letzten Frage. Für 2015 werden die interdisziplinären Austrittsprozesse überprüft und Verbesserungen initiiert.

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.

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.

Angaben zur Messung			
Auswertungsinstitut		hcri AG	
Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2014 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	- Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten		521	
Anzahl eingetroffener Fragenbogen		232	Rücklauf in Prozent44.5 %
Bemerkungen			

E1-7 SIRIS Implantatregister

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

Messergebnisse		
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch		
Bemerkungen		
Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFM)	
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantaten
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkungen		Der Prozess der Datenerfassung ins SIRIS Implantatregister wurde im 2014 durch das Institut für evaluative Forschung in orthopädischer Chirurgie (MEM Forschungszentrum) auditiert. Der SRO AG wurde eine einwandfreie Erfassung bescheinigt. Die Deckungsrate beträgt 1.0.

E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie

Die ANQ-Messvorgaben in der Psychiatrie gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Differenz zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet. Zusätzlich werden freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben, insofern eine Klinik solche einsetzt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messbeteiligung			
Der Messplan 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Erwachsenenpsychiatrie			
Symptombelastung (Fremdbewertung)	☒	☐	☐
Symptombelastung (Selbstbewertung)	☒	☐	☐
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen	☒	☐	☐
Bemerkungen			
Die Klinik Psychiatrische Dienste SRO liegt bezüglich Schweregrad der behandelten Erkrankungen über dem Mittel.			

Da die Psychiatriekliniken sehr unterschiedliche Patientengruppen haben, lassen sich die klinikindividuellen Messergebnisse nur punktuell vergleichen. Nationale Vergleichswerte von Kliniken finden sich im Nationalen Vergleichsbericht Outcome des ANQ.

E2-1 Erwachsenenpsychiatrie

Die nationalen Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie erfolgen seit dem 1. Juli 2012.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung)
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Bemerkungen		

Symptombelastung (Fremdbewertung)

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Fremdbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ⁷	Maximal mögliche Verbesserung
-0.11	0.13	- 48 Punkte	+ 48 Punkte
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Messung, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Verbesserungsmassnahmen sind im Bereich der vermeidbaren drop-outs geplant, insbesondere bei Eintritten in Randzeiten, nachts und bei Therapieabbrüchen.

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales)

⁷ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOS auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 12 symptombezogenen HoNOS- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Symptombelastung (Selbstbewertung)

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten.

Klinikindividuelle Ergebnisse			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ⁸	Maximal mögliche Verbesserung
-0.08	0.17	- 212 Punkte	+ 212 Punkte
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Messung, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Unterstützung der Patienten bei den Befragungen durch das Pflorgeteam ist motiviert und gut.

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	BSCL (Brief Symptom Checklist)

⁸ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim BSCL auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht der Patientin resp. des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient bei Eintritt in seiner Selbsteinschätzung komplett ohne Symptome eintritt und bei Austritt in seiner Selbsteinschätzung bei allen 53 symptombezogenen BSCL-Fragen eine totale Verschlechterung eingetreten ist. „+ 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient in der Selbsteinschätzung bei Klinikeintritt maximal symptombelastet ist und sich bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Diese sollten selten und nur gut begründet und v.a. unter zwingender Beachtung der nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse	
National vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: www.anq.ch/psychiatrie Deskriptive Angaben zur Erhebung finden sich im Kapitel F4.	
Bemerkungen	
In den psychiatrischen Diensten der SRO AG werden keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen gemäss Definition des ANQ angewendet.	
☒	Unser Betrieb hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.
Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	EFM

F

Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014

F1 Infektionen (andere als mit ANQ / 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 2014 die Messung durchgeführt?

☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	Spital Langenthal
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	Akutsomatik

Messergebnisse

Infektionen

Rate der nosokomialen Infektionen: 4.3 %

- ☐ Die Messung 2014 ist noch **nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- ☐ Unser **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Begründung
- ☒ Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Rate der nosokomialen Infektionen im 2013: 6.7 %

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	snip07
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	Universitätsspital Basel, Spitalhygiene

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, die am Studientag auf den eingeschlossenen Stationen eingeschrieben sind für eine Hospitalisation von mehr als 24 Stunden.
	Ausschlusskriterien	Psychiatrie, Ophthalmologie, ORL, Kinder
Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten		93
Bemerkungen		

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

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

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

☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	Spital Langenthal
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	Akutsomatik

Messergebnisse

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge
176	13	163
☐ Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Vgl Kapitel E1-4

Geplante Massnahmen 2015:

- Sensibilisierung des Pflegepersonals hinsichtlich des Sturzrisikos
- Überarbeitung des Sturzerfassungsformulars, Ergänzung mit den getroffenen Präventionsmassnahmen

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Sturzprotokoll
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten
	Ausschlusskriterien	Wöchnerinnen

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

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ von ANQ)
Was wird gemessen?	Anzahl Dekubitus $\geq$ Kategorie 2

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	Spital Langenthal
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	Akutsomatik ohne Geburtshilfe

Messergebnisse	
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt
56	48
☐ Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

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

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014		
☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Meldeformular Dekubitus
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	Einschätzung nach Norton Skala

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten $\geq$ 18 Jahre
	Ausschlusskriterien	Wöchnerinnen
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		7'018
Bemerkungen		

F6 Weiteres Messthema

Messthema	Händehygiene
Was wird gemessen?	Händehygiene-Compliance

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

☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	Spital Langenthal
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	Akutsomatik

Messergebnisse

Gesamtcompliance Händehygiene: 84 %

Vorjahreswert: 79 %

- ☐ Die Messung 2014 ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- ☐ Unser **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Begründung
- ☒ Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Händehygiene-Compliance wird in der SRO AG seit 2010 erhoben und hat sich stetig verbessert.

Folgende Aktivitäten fördern das Bewusstsein für die Wichtigkeit der korrekten Händehygiene und führen zu einer hohen Compliance:

- Schulung aller neuen Mitarbeitenden am Einführungstag (inkl. praktischer Übung an Didactobox)
- Regelmässige Schulungen in den verschiedenen Teams
- Stand und spezielle Aktion am jährlichen Welthändehygienetag
- Jährlich neue Sensibilisierungskampagne mit Plakaten, welche im gesamten Spital aufgehängt werden. Im Jahr 2014 wurde diese Kampagne mit einem Mitarbeiter Wettbewerb kombiniert.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Standardisiertes Protokoll der Swiss Hände Hygiene Campagne (SHHC)
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	SwissNoso

Messthema	Zufriedenheit der ambulanten Laborpatienten
Was wird gemessen?	Zufriedenheit

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	Spital Langenthal
☐ In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	Labor

Messergebnisse		
Zufriedenheit insgesamt: 4.7 von 6 Punkten		
☐ Die Messung 2014 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten	
Das Labor hat Anfang 2014 neue Räumlichkeiten bezogen. Mit dieser Messung wurde die Zufriedenheit der Patienten mit den neuen Räumlichkeiten, der Kennzeichnung des Weges zum Labor, den Wartezeiten und dem Personal erfragt. Folgende Verbesserungspotentiale wurden festgestellt: - Kennzeichnung des Weges vom Labor in die Onkologie - Möglichkeit für Patienten am Empfangsdesk zu klingeln - Angebot eines Zeitungs- und eines Kleiderständers - Installation Spiegel für Einsicht in den Wartebereich - Konsequente Vorstellung mit Namen und Funktion bei den Patienten	

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014		
☒ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Zufriedenheitsmessung Labor
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

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.

Nimmt Unser Betrieb an Registern teil?	
☐	Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil.
	Begründung
☒	Ja , unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.

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

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
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	Ja, seit Beginn	LAN, HUT, NIE
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	Ja, seit Beginn	LAN
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	Ja	LAN
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Ja	LAN

SAfW DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	Ja, ab 2015	
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch		Brustzentrum Aare meldet in ein deutsches Register
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	Ja, seit 2011	
SOL-DHR Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - www.lebendspende.ch/de/verein.php	Ja, seit 2002	
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	Ja, seit Beginn	
SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch	Ja, seit 2011	
SwissNET Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET swissnet.net	Ja, seit 2013	
Krebsregister	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Krebsregister Bern	Alle	www.krebsregister.unibe.ch	Ja, seit 2014	
Bemerkung				
Die SRO AG meldet zusätzlich in die Schweizerische HIV-Kohortenstudie (SHKS)				

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	2013	Jährliche Überwachungsaudits
IVR-Anerkennung	Rettungsdienst	2010	2011	nächste Rezertifizierung 2015
SGL-anerkannte IS	Intensivstation		2013	
Qualab	Labor	1986		Teilnahme an folgenden obligatorischen externen Ringversuchen: 1. Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle CSCQ (Klinische Chemie, Hämatologie, Hämostase, Urin- und Punktatanalytik) 2. Blutspendedienst Bern (Immunhämatologie, Infektionsmarker) 3. Verein für medizinische Qualitätskontrolle (Mikrobiologie)

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Qualitätsmanagement	Kontinuierliche Qualitätsentwicklung und –sicherung. Steuerungsorgan ist die Kommission Qualität und Sicherheit, welche repräsentativ für die ganze SRO AG zusammengesetzt ist. Sie ist verantwortlich für die Erarbeitung und Umsetzung der Qualitätspolitik der Unternehmung.	SRO AG	Daueraufgabe

Q-Zirkel 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
Q-Zirkel Infektionsprävention und Spitalhygiene	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 aussenstehenden Fachpersonen im Bereich der Infektionsprävention und Hygiene besteht so Kontakt, dass sie bei Bedarf um Rat und Unterstützung angegangen werden können.	SRO AG	Daueraufgabe
Q-Zirkel Schmerzbehandlung	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.	Akutsomatik	Daueraufgabe
Q-Zirkel Chirurgie	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.	Chirurgie	Daueraufgabe

	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.		
Q-Zirkel Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS)	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.	Akutsomatik	Daueraufgabe
Q-Zirkel Rettungsdienst	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. 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. 3. Rettung und Betreuung achten die Würde und Integrität der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. 4. Im Konzept sind Weiterbildung des Teams und fachliche und psychologische Debriefings berücksichtigt.	Rettungsdienst	Daueraufgabe
Q-Zirkel Dekubitusvermeidung und -pflege	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	Akutsomatik	Daueraufgabe

	periodisch von den Ärzten, Ärztinnen, Pflegenden und weiteren beteiligten Mitarbeitenden gemeinsam beurteilt.		
Q-Zirkel Akutpflege	Die Pflegequalitätsverantwortlichen der Stationen erarbeiten gemeinsam mit der Pflegeexpertin Hilfsmittel und Massnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität. Die Pflegequalitätsverantwortlichen der Stationen führen neue Massnahmen ein und unterstützen die Teams. Sie kontrollieren die Umsetzung der Massnahmen stichprobenweise.	Akutpflege	Daueraufgabe
Q-Zirkel Palliative Betreuung	1. Es ist festgelegt, auf welche Weise über die Durchführung der palliativen Betreuung entschieden wird 2. Das Spital verfügt über ein Konzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Patientinnen und Patienten gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet wird und wie Angehörige in die Betreuung einbezogen werden. 3. Die Durchführung der palliativen Betreuung sowie die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der palliativen Massnahmen werden ausgewiesen. 4. Patientinnen und Patienten werden angemessen informiert. Mit dieser Information werden die Patientinnen und Patienten befähigt, ihr Recht auf Selbstbestimmung auszuüben. 5. Die Zuständigkeiten, die Koordination und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, den Hausärzten, den Spitex-Diensten und weiteren Partnern sind geregelt. 6. Das interprofessionelle Betreuungsteam ist in Palliativer Medizin, Pflege und Betreuung ausgebildet. Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleistet.	Akutsomatik	Daueraufgabe

Unter der Leitung von:

- Qualitätsmanagement: Sandra Lambroia Groux
- Erhebung von Patientenurteilen: Susanne Sommerhalder
- Infektionsprävention und Spitalhygiene: Dr. Reto Laffer
- Schmerzbehandlung: Dr. Wojciech Syrynski
- Chirurgie: Dr. Dominik Lüdi
- Umgang mit kritischen Zwischenfällen: Jeannette Adank, Dr. med. Thomas Kinsbergen, Sandra Lambroia Groux, Dr. med. Manuel Moser
- Rettungsdienst: Elmar Rollwage, Thomas Giger
- Dekubitusvermeidung und -behandlung: Sibylle Allenbach
- Q-Zirkel Akutpflege: Sibylle Allenbach
- Palliative Betreuung: Dr. med. Astrid Schönenberger, Sibylle Allenbach

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein CIRS?
	Begründung
☒	Ja , unser Betrieb hat 2007 ein CIRS eingeführt.
☒	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.
Bemerkungen	Konzept wurde im 2014 grundsätzlich überarbeitet

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	Umgang mit kritischen Zwischenfällen / Neues Konzept CIRS	
Projektart	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Wirkungsziele - Steigerung der Anzahl gemeldeter kritischer Zwischenfälle - Förderung der No-Blame-Kultur - Mitarbeitende werden zeitnah und auf verschiedene Arten über CIRS informiert Umsetzungsziele - Implementierung eines einfachen elektronischen Meldetools, aus welchem sich direkt Auswertungen erstellen lassen - Schulung von der Mitarbeitenden in der Fallanalyse nach ERA (Error and risk analysis) - Nebenziel: Ein neues Meldeportal auch für die übrigen meldepflichtigen Ereignisse wie Vigilanzfälle, Pflegephänomene, Haftpflicht etc. ist etabliert Qualitätsziele - Bearbeitung der CIRS-Fälle erfolgt dezentral, in den betroffenen Bereichen - CIRS-Fälle werden in einem interdisziplinären Tandem (beispielsweise Arzt / Pflege) bearbeitet - Nutzen der Erkenntnisse aus CIRS fürs klinische Risikomanagement	
Beschreibung	Das Projektteam entsprach dem Q-Zirkel „Umgang mit kritischen Zwischenfällen“. Es wurde ein Konzept erstellt, das die dezentrale Fallbearbeitung ermöglicht. Definiert wurden zehn Meldekreise, in welchem ein interdisziplinäres Zweierteam die Fälle primär bearbeitet. Weiter wurde ein IT-Tool evaluiert, in welchem die Fälle erfasst, direkt bearbeitet und für die Mitarbeitenden veröffentlicht werden können. Mit diesem Tool können CIRS-Fälle auch an andere Meldekreise oder dem Q-Zirkel zur Bearbeitung weitergeleitet werden. Drei Mitarbeiterinnen besuchten den dreitägigen Weiterbildungskurs zur Methode ERA (Error and risk analysis) der Stiftung für Patientensicherheit. Um die Mitarbeitenden laufend über Erkenntnisse aus CIRS-Fällen zu informieren, wurde neben der öffentlichen Fallliste ein sogenannter CIRS-Newsletter implementiert. Dieser ist analog der „Quick alerts“ der Stiftung für Patientensicherheit aufgebaut und informiert die Mitarbeitenden über erkannte Gefahren und umzusetzende Massnahmen. Im Rahmen dieses Projekts wurde der Prozess des klinischen Risikomanagements überarbeitet und ins unternehmerische Risikomanagement integriert.	
Projektablauf / Methodik	Orientierung an den normativen Grundlagen von sanaCERT suisse zum Standard Nr. 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	CIRS steht allen Berufsgruppen offen. Mit dem neuen Konzept wurde auch ein Meldekreis „Administration“ aufgenommen. Dieser Kreis ist verantwortlich, sämtliche Meldungen, die aufgrund von nicht-funktionierender Infrastruktur in den Supportprozessen oder fehlender administrativer Weisungen eingegangen sind, aufzuarbeiten. Neben Gefährdungen von Patienten, ist es im neuen Tool auch möglich, Gefährdungen von Mitarbeitenden zu melden.	

Projektevaluation / Konsequenzen	Messung der Wirkung - Anzahl CIRS-Meldungen pro Jahr - Anzahl nicht anonymer CIRS-Meldungen - Anzahl Fälle, die nach ERA aufgearbeitet werden - Anzahl CIRS-Newsletters Messung der Umsetzung - Installiertes und funktionierendes IT-Tool - Methode der Analyse nach ERA ist geschult und wird angewendet
Weiterführende Unterlagen	Prozess Nr. 1-07-30 CIRS Weisung „Meldesystem für kritische Zwischenfälle“ Formular „Adaptiertes Modell zur organisatorischen Unfallentstehung“

Menschlichkeit und Fachkompetenz sind unsere Stärken

Wir helfen einander

Wir gehen aufeinander zu

Wir sind das Spital mit Herz

Wir sind zuständig

Wir sprechen miteinander

Wir sind lernfähig und offen für Veränderungen

Mit Teamgeist zum Erfolg

Wir Mitarbeitenden sichern das Morgen

Wir sind zusammen unterwegs

Wir erarbeiten Lösungen gemeinsam

«Grüessech»

Wir arbeiten Hand in Hand

Diese Leitsätze haben die Mitarbeitenden der SRO AG bei der Überarbeitung des Leitbildes formuliert. In diesen Sätzen kommt zum Ausdruck, wie wir Mitarbeitenden uns gegenüber den verschiedenen externen Anspruchsgruppen verhalten, aber auch, wie wir im interprofessionellen Team und über die Hierarchiestufen hinweg zusammenarbeiten wollen.

Die funktionierende Zusammenarbeit im interprofessionellen Team, unabhängig der jeweiligen Hierarchiestufen ist eine der Grundvoraussetzungen, damit die Arbeit in den Qualitätszirkeln erfolgreich ist und die dazugehörigen Prozesse kontinuierlich verbessert werden.

Im Jahr 2014 wurden verschiedene Prozesse weiterentwickelt und konkrete Verbesserungen implementiert. Dazu zählen die Checkliste „sichere Chirurgie SRO“ oder das Konzept zur „Erhebung von Patientenurteilen“.

Als weiteres Instrument zur Verbesserung der Qualität der Prozesse und Dienstleistungen wurde mit der Einführung eines Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) gestartet. Dabei werden die Ideen der Mitarbeitenden gefordert und genutzt.

Die Kommission Qualität und Sicherheit dankt allen Mitarbeitenden der SRO AG für Ihren täglichen Einsatz und Ihre Bemühungen zur Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit.

Langenthal, 30. Mai 2015, die Kommission Qualität und Sicherheit

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei 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 Qualitätsmessungen des ANQ (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



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).