

QABE Qualitätsbericht

der

SRO AG

2008

1 Einleitung

1.1 Vorstellung der SRO AG



Abbildung 1: Spital Langenthal

die, Gynäkologie / Geburtshilfe, Anästhesie, Ohrenheilkunde, Ophthalmologie, Pneumologie mit Bronchoskopie, abteilung, Onkologie. Intensivstation (IPS). 24-Ambulatorium, Röntgendiagnostik, Hämodia-Ergotherapie.

Niederbipp

Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, terventionsstation, Anästhesie, Kardiologie, Endoskopieabteilung. 24-h-Notfallstation, Röntgen, Labor. Physiotherapie, Ergotherapie.

Die SRO AG besitzt mit den Spitälern Langenthal, Niederbipp zwei Standorte, an denen Akutmedizin betrieben wird. Der Standort Huttwil wurde per 30. Juni 2008 von einem Akutspital in ein Gesundheitszentrum umgewandelt. Das nun ambulante Leistungsangebot in Huttwil wird durch eine Langzeitpflegeabteilung ergänzt. Der Standort Herzogenbuchsee wird in erster Linie als Langzeitpflegeheim verwendet.

Im Jahr 2008 wurden in der SRO AG 8457 stationäre und 2596 teilstationäre Fälle behandelt. Im ambulanten Bereich wurden in dieser Periode über 46'500 Patienten betreut.

Folgende, hauptsächliche Leistungen werden an den Akut-Standorten angeboten:



Abbildung 2: Spital Niederbipp

Langenthal

Innere Medizin, Chirurgie, Orthopä-Urologie, Hals-, Nasen- und Sportmedizin, Kardiologie, Gastroenterologie mit Endoskopie-h-Nottallstation, Tagesklinik, lysestation, Labor. Physiotherapie,

Urologie, Psychiatrische Krisenin-Pneumologie, Gastroenterologie mit Tagesklinik, Ambulatorium.

In der SRO AG sind rund 1250 Mitarbeitende angestellt. Sie besetzen 919 Vollzeitstellen.

SOP Nr.:	-	QABE Jahresbericht 2008_V05.doc	Erstellt durch:	kei	
Version:	1.5	Datum:	09.01.2008	Freigabe durch:	QKom 05.02.09
Ersetzt:	-	Seite	2 von 16	Genehmigung durch:	SD 16.02.09

2 Q-Strategie und Erfolge

2.1 Q-Strategie des Leistungserbringers

Definition der Qualitätspolitik SRO vom 25.10.07:

- 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 erhalten, 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.

SOP Nr.:	-	QABE Jahresbericht 2008_V05.doc	Erstellt durch:	kei	
Version:	1.5	Datum:	09.01.2008	Freigabe durch:	QKom 05.02.09
Ersetzt:	-	Seite	3 von 16	Genehmigung durch:	SD 16.02.09

2.2 Hauptschwerpunkte im Berichtsjahr

Folgende Prioritäten wurden im Berichtsjahr verfolgt:

- Vorbereitungen für Zertifizierung nach sanaCERT
- Durchführung von CIRS-Konferenzen
- Einführung des optimierten Austrittsmanagements (Projekt 609)
- Umsetzung Massnahmen zur Verbesserung der interdisziplinären Patientenbetreuung auf Basis Pickerumfrage

2.3 Erreichte Q-Ziele im Berichtsjahr

2.3.1 SRO Q-Ziele 2008

Ziele 2008	Ergebnisse 2008	Status
Institutionelle Integration der Bereiche Psychiatrie und Rettungsdienst in der Qualitätsarbeit	Erste Schritte sind erfolgt – vollständige Integration noch nicht erreicht	Teilweise Ziel erfüllt
Zertifizierung		
Entscheidung der Spitaldirektion vom 19.10.07 die Zertifizierung nach sanaCERT anzustreben. Anlässlich der Kickoff-Sitzung 12.02.08 wurde folgender Terminplan verabschiedet: 30.04.08 Erster Zwischenbericht 30.06.08 Erste Projektreviews 30.10.08 Standortbestimmung 30.04.09 Zweiter Zwischenbericht Juni 09 Interne Audits 31.08.09 Selbstbewertungsbericht 15.12.09 Abgabe der Unterlagen für das Erst-Zertifizierungs-Audit 1. Semester 2010 Erst-Zertifizierungs-Audit	Die Spitaldirektion wählt folgende 8 Standards: 00 Grundstandard 01 Infektionsprävention / Spitalhygiene 02 Patientenurteile 03 Angemessenheit der Aufenthaltsdauer 05 Schmerzbehandlung 07 Chirurgie 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen 28 Decubitusvermeidung und -behandlung Der erste Zwischenbericht wurde am 30.04.08 von allen Standardverantwortlichen termingerecht eingegeben und vom Qteam analysiert. Auf der Basis dieses Zwischenberichtes fanden 8 Projektreviews Ende Juni 2008 statt. Der Zwischenstand des Projektes 611 Zertifizierung wurde anlässlich der Sitzung der QKommission vom 11.12.2008 von den Standard-Verantwortlichen präsentiert. Fazit: Projekt insgesamt auf Kurs	Ziel erreicht

Ziele 2008	Ergebnisse 2008	Status
Qualitätsprojekte / Qualitätsaufgaben		
Projekt 611/00: Grundstandard (sanaCert Standard 0)		
Projektleiter: H.P. Kuert Kurzdefinition Standard: - Qualitätsziele, Prioritäten - Richtlinien zum Qualitätsmanagement - Qualitätskommission - Qualitätsbeauftragter - Weiterbildungskonzept - Beschwerdemanagement - Qualitätsbericht	Qualitätsstrategie und – ziele definiert. QKommission interdisziplinär existent und Rechte und Pflichten definiert. Qualitätsbeauftragter (Dr. K. Eichenberger) aktiv. Beschwerdemanagement aktiv. Qualitätsbericht jährlich vorhanden. Momentan noch offen sind das Weiterbildungskonzept und der Funktionsbeschrieb Qualitätsbeauftragter.	Ziel erreicht
Projekt 611/01: Infektionsprävention / Spitalhygiene		
Projektleiter: Dr. R. Egger Kurzdefinition Standard: - Handbuch/Richtlinien - Kurz- und mittelfristige Ziele - Zielerreichung wird gemessen - Hygienekommission - Fortbildung der Mitglieder der Hygienekommission - Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen	Spitalhygiene strukturiert aufgebaut und aktiv betrieben. Ziele werden jährlich definiert und Zielerreichung kontrolliert. Fortbildung geregelt.	Ziel erreicht
Projekt 611/02: Patientenurteile		
Projektleiter: Dr. K. Eichenberger Kurzdefinition Standard: - Erhebungen werden durchgeführt - Elemente des ärztlichen und pflegerischen Handelns stehen im Zentrum - Mittelfristige Strategie vorhanden - Mitarbeitende können Bedeutung von Patientenurteilen nachvollziehen	Erhebungen werden regelmässig durchgeführt und von einem interdisziplinären Gremium ausgewertet, Massnahmen definiert und deren Wirksamkeit gemessen. Mittelfristige Strategie ist definiert.	Ziel erreicht
Projekt 611/03: Angemessenheit der Aufenthaltsdauer		
Projektleiter: Dr. S. Hunold (Dr. Th. Künzi (interimistisch)) Kurzdefinition Standard: - Es existieren Regeln für die periodische Überprüfung der Aufenthaltsdauern von Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Abteilungen/Kliniken. - Die Methode zur Überprüfung von Aufenthaltsdauern wird mindestens einmal jährlich einer kritischen Beurteilung durch die oberste Entscheidungsinstanz des Spitals unterzogen. - Die Spitalleitung entwickelt eine Strategie zur Optimierung von Aufenthaltsdauern.	Auf der Basis der DRG-Gruppierung wurde drei Tracerdiagnosen bestimmt, die statistisch ausgewertet werden. Der Spitaldirektion werden Quartals- und jahresweise Analysen präsentiert. Durch den Weggang von Frau Dr. Hunold ist Projekt etwas verzögert.	Teilweise Ziel erfüllt
Projekt 611/05: Schmerzbehandlung		
Projektleiter: Dr. A. Koch Kurzdefinition Standard: - Das Spital besitzt Handlungsanleitungen zur postoperativen Schmerzbekämpfung und zur Schmerzbekämpfung bei Krebskranken. - Die Umsetzung dieser Handlungsanleitungen wird beim Pflegepersonal, bei den Ärztinnen und Ärzten und auch bei Patientinnen und Patienten überprüft. - Die Resultate aus der Überprüfung der Umsetzung werden kommuniziert, und wenn nötig werden die Handlungsanleitungen angepasst.	Schmerzmanual in zwei Ausführungen (Kittelversion und Buchversion) seit 2007 erstellt und verteilt. Erste Revision dieses Manuals in Vorbereitung. Postoperative Schmerzen werden monitorisiert und Messresultate der wichtigsten Patientengruppe soll elektronisch ausgewertet werden. Projektfortschritt durch personelle Engpässe leicht verzögert.	Teilweise Ziel erfüllt
Projekt 611/07: Chirurgie		

SOP Nr.:	-	QABE Jahresbericht 2008_V05.doc	Erstellt durch:	kei	
Version:	1.5	Datum:	09.01.2008	Freigabe durch:	QKom 05.02.09
Ersetzt:	-	Seite	5 von 16	Genehmigung durch:	SD 16.02.09

Projektleiter: Dr. D. Lüdi Kurzdefinition Standard: ▪ Guidelines, Algorithmen, Klinikrichtlinien. ▪ Pflegende arbeiten prä-, intra- und postoperativ mit Pflegestandards und Handlungsrichtlinien. ▪ Information der Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen. ▪ Im Team finden Besprechungen von aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen etc. statt. ▪ Monitoring ausgewählter Indikatoren der Leistungsqualität	Blaubuch existent und regelmässig überarbeitet. Pflegestandards aktuell überarbeitet. Patientenaufklärung mittels Diomed lückenlos im Einsatz. Register (AQC) aktiv bewirtschaftet Internes Wundinfektions-Monitoring im Aufbau.	Ziel erreicht
Projekt 611/11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen		
Projektleiter: Dr. Hp Vogt Kurzdefinition Standard: ▪ Das Spital umschreibt, was unter kritischen Zwischenfällen zu verstehen ist. ▪ Ein Konzept legt fest, wie das Spital kritische Zwischenfälle vermeidet bzw. bewältigt. Es umfasst Regeln und Unterlagen für die Meldung von kritischen Zwischenfällen. ▪ Das Konzept ist umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft. ▪ Mitarbeitende und Spitalleitung besprechen regelmässig die eingetretenen kritische Zwischenfälle und erarbeiten Massnahmen zu ihrer Vermeidung und Bewältigung.	Definitionen existent. Aktives anonymes CIRS-Portal aufgebaut. Regelkreis für kritische Zwischenfälle existent. Aufbau einer strukturierten Analyse nach dem Londoner Protokoll im Jahr 2008. 2 sehr gut besuchte CIRS-Konferenzen mit interdisziplinärer Diskussion der Zwischenfälle durchgeführt.	Ziel erreicht
Projekt 611/28: Decubitusvermeidung und -behandlung		
Projektleiter: E. Staub Kurzdefinition Standard: ▪ Jeder Patient wird darauf hin beurteilt, ob eine Decubitus-gefährdung vorliegen könnte. ▪ Information und Einbezug der Patienten sowie deren Angehörigen ▪ Risikovermindernde Massnahmen, neu entstandene Decubitus, Behandlung, Verlauf und Heilung werden dokumentiert. Es sind Richtlinien verfügbar. ▪ Ärzte, Pflegende und weitere beteiligte Mitarbeitende sind in der Lage, das Decubitusrisiko einzuschätzen. Sie verfügen über aktuelles Wissen und kennen ihre Kompetenzen. ▪ Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen.	Flächendeckendes Decubitusmonitoring funktionell. Informationsfluss definiert. Ausbildung von Mitarbeitenden aktiv bewirtschaftet. Regelmässige Decubitus-Vergleichsmessung mittel Verein Outcome im Herbst 2008 durchgeführt.	Ziel erreicht
Arbeitssicherheit		
SRO führt auch im Jahr 2008 zwei Schulungen Arbeitssicherheit durch.	Schulungen fanden statt.	Ziel erreicht
Wiedereinführung Ausbildung neue Ärzte		
Alle neu eingetretenen Ärzte werden geschult	Schulungen wurden durch Dr. D. Lüdi in Kombination mit Schulung Leistungserfassung durchgeführt und allen Teilnehmenden die wichtigsten Weisungen/Verordnungen übergeben.	Ziel erreicht

3 Q-Aktivitäten

3.1 Übersichtsliste Permanente Q-Massnahmen/Monitoring

Folgende Monitoring Messungen werden durchgeführt:

ACQ: (Dr. Dominik Lüdi)

Alle Chirurgischen/Orthopädischen Eingriffe werden überwacht.

ASF: (Dr. Hanspeter Vogt)

Alle Gynäkologischen Eingriffe werden überwacht.

MEM: (Dr. Andreas Boss)

Alle Implantate werden überwacht.

Dekubitus: (Elsbeth Staub)

Alle stationären Patienten werden überwacht.

Folgende amtliche Kontrollen werden durchgeführt:

Bereich	Gesetzliche Grundlagen	Verantwortlich	Letzte Inspektion,...	durchgeführt durch	Bem.
1. Lebensmittel-hygiene	Bundesgesetz über Lebensmittel und Verbrauchsgegenstände vom 9. Oktober 1992, SR 817.0 Verordnung des EDI vom 23. November 2005 über Lebensmittel tierischer Herkunft, SR 817.022.108 Lebensmittel- und Verbrauchsgegenstände-verordnung vom 23. November 2005, SR 817.02	Oliver Schluep	HER 08.08.06 HUT 15.06.07 LAN 05.01-06 NIE 27.11.06	Kantonale Lebensmittelinspektion bzw. Kantonslabor	
2. Hygiene	Hygieneverordnung (Verordnung des EDI vom 26. Juni 1995 über die hygienischen und mikrobiologischen Anforderungen an Lebensmittel, Verbrauchsgegenstände, Räume, Einrichtungen und Personal, HyV), SR 817.024.1	Oliver Schluep	siehe oben	Kantonale Lebensmittelinspektion bzw. Kantonslabor	
3. Blut und Blut-produkte	Verordnung über die Bewilligungen im Arzneimittelbereich (Arzneimittel-Bewilligungsverordnung, AMBV) vom 17. Oktober 2001 (speziell Art. 23 Aufzeichnung und Rückverfolgbarkeit), SR 812.212.1	Dr. Richard Egger	13.10.05	Swissmedic	
4. Apotheke	Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) vom 15. Dezember 2000, SR 812.21 Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG, SR 812.121	Dr. Richard Egger	24.01.07 21.08.08	Kantonsapotheke	
5. Zertifizierung Operationssaal-Belüftung		Urs Wattinger	08./19.08.06	Zimmermann Messtechnik, Nesslau	

SOP Nr.:	-	QABE Jahresbericht 2008_V05.doc	Erstellt durch:	kei	
Version:	1.5	Datum:	09.01.2008	Freigabe durch:	QKom 05.02.09
Ersetzt:	-	Seite	7 von 16	Genehmigung durch:	SD 16.02.09

Bereich	Gesetzliche Grundlagen	Verantwortlich	Letzte Inspektion,...	durchgeführt durch	Bem.
6. Kontrolle der elektrischen Installationen in medizinisch genutzten Räumen der Kategorie en 3 und 4	Verordnung über elektrische Niederspannungsinstallationen vom 7. November 2001 (Art. 32.4; Anhang), SR 734.27	Urs Wattinger	jährlich, an jedem Standort Teilbereiche	Electrosuisse	
7. Radiologie, Nuklearmedizin	Strahlenschutzgesetz vom 22. März 1991, SR 814.50 Verordnung des EDI vom 31. Oktober 2001 über die eidgenössische Kommission für Strahlenschutz und Überwachung der Radioaktivität, SR 814.501.1 Zulassung von Radiopharmazeutika Bewilligung von Studien mit radioaktiv markierten Pharmazeutika, die am Menschen durchgeführt werden Aufsichtsbehörde für medizinische Betriebe und Ausbildungsstätten	Dr. Erwin Schafer	keine	Bundesamt für Gesundheit	
8. Labor	Strahlenschutzgesetz vom 22. März 1991, SR 814.50 Verordnung des EDI vom 31. Oktober 2001 über die eidgenössische Kommission für Strahlenschutz und Überwachung der Radioaktivität, SR 814.501.1 Zulassung von Radiopharmazeutika KBMAL Kriterien (Kriterien für das Betreiben von Medizinisch-Analytischen Laboratorien (KBMAL 2.1 Juni 2006) Verordnung vom 25. August 1999 über den Umgang mit Organismen in geschlossenen Systemen (Einschliessungsverordnung). SR 814.912 Bewilligung Mikrobiologie-Labor	Nein, kein RIA Dr. Richard Egger, FAMH Dr. Richard Egger Dr. Richard Egger	- 23.1.04 30.08.00	BAG/SwissMedic QUALAB QUALAB Kantonales Labor Bern Swissmedic	Bewilligungs-erneuerung ohne Inspektion 8.8.2007
9. Entsorgung, Umweltmanagement	Verordnung vom 22. Juni 2005 über den Verkehr mit Abfällen (VeVA), SR 814.610	Otto Lanz	Keine	Kantonale Umwelt-schutzbehörde	
10. Arbeitsgesetz	Bundesgesetz vom 13. März 1964 über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz, ArG), SR 822.11	Therese Sägger	keine		
11. EKAS: Arbeitssicherheit	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung, SR 832.20	Otto Lanz	24.08.06	H+	
12. Brandschutz, Evakuierungskonzepte, Katastrophenplan	Verordnung vom 8. Dezember 2004 über den vorbeugenden Brandschutz, SR 861.12 Kanton Bern: Feuerschutz- und Feuerwehrverordnung (FFV) vom 11. Mai 1994	Otto Lanz	wird laufend ergänzt	Feuerpolizei Gebäudeversicherung	
13. Trinkwasserversorgung		Dr. Richard Egger		Kantonales Labor	

SOP Nr.:	-	QABE Jahresbericht 2008_V05.doc	Erstellt durch:	kei	
Version:	1.5	Datum:	09.01.2008	Freigabe durch:	QKom 05.02.09
Ersetzt:	-	Seite	8 von 16	Genehmigung durch:	SD 16.02.09

Bereich	Gesetzliche Grundlagen	Verantwortlich	Letzte Inspektion,...	durchgeführt durch	Bem.
14. Gewässerschutz	Bundesgesetz vom 24. Januar 1991 über den Schutz der Gewässer, SR 814.20 Gewässerschutzverordnung vom 28. Oktober 1998, SR 814.201 Verordnung vom 1. Juli 1998 über den Schutz der Gewässer vor Wasser gefährdenden Flüssigkeiten, SR 814.202	Hansruedi Zraggen	keine	Kantonales Gewässerschutzamt	
15. Datenschutz	Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz, SR 235.1	Thomas Trösch	keine		
16. Umgang mit Chemikalien und Giften	Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über den Schutz vor gefährlichen Stoffen und Zubereitungen (Chemikaliengesetz, ChemG) SR 813.1 Verordnung vom 9. November 1998 über Sicherheitsdatenblätter für Gifte und umweltgefährdende Stoffe SR 814.842.21, Art. 1	Dr. Richard Egger	23.1.04	Kantonales Laboratorium Bern	
17. Materio-Vigilance: Meldepflicht von schwerwiegenden Vorkommnissen mit Medizinprodukten	Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz), SR 812.21, Art. 59 Meldepflicht, Meldesystem und Melderecht	Frau Bea Pasquali, Spitalapotheke	-	Swissmedic	
18. Pharmaco-Vigilance: Meldepflicht von unerwünschten Wirkungen von Medikamenten	Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz) SR 812.21, Art. 59 Meldepflicht, Meldesystem und Melderecht	Frau Bea Pasquali, Spitalapotheke	-	Swissmedic	
19. Haemo-Vigilance: Meldepflicht zu unerwünschten Reaktionen bei der Transfusion von labilen Blutprodukten	Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz) SR 812.21 Art. 59 Meldepflicht, Meldesystem und Melderecht	Dr. A. Koch	-	Swissmedic	
20. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) SR 818.101	Dr. Richard Egger / Dr. C. Ebner	-	-	

SOP Nr.:	-	QABE Jahresbericht 2008_V05.doc	Erstellt durch:	kei	
Version:	1.5	Datum:	09.01.2008	Freigabe durch:	QKom 05.02.09
Ersetzt:	-	Seite	9 von 16	Genehmigung durch:	SD 16.02.09

3.2 Übersichtsliste Qualitätsmessungen

Weiterführung der jährlichen Messung Patientenzufriedenheit mit Meth. Picker (sanaCERT Standard 2)		
(Messzeitraum: 08-10/2008) Patientenzufriedenheitsmessung aller erwachsener, stat. Patienten in Langenthal und Niederbipp.	Interdisziplinäre Arbeitsgruppe definiert Massnahmen und setzt diese um. Auswertung folgt im Frühjahr 2009 Messzyklus neu alle 3 Jahre	Ziel erreicht
Pilotmessung „Kernset“ oder PEQ		
Messzeitraum 11/07-01/08 Anzahl Resultate: 907	Diese Pilotmessung wurde Ende Januar 08 beendet. Der Fragebogen dieser Messung ist mit 15 Fragen kurz.	Ziel erreicht
Messung „benigne Prostatahyperplasie mit TURP behandelt“ T09		
Messzeitraum 05/07 – 12/08 Anzahl Resultate: 83	Zur Erreichung von 80 Messresultaten wurde diese Messung von den Belegärzten Urologie des SRO über einen Zeitraum von 15 Monaten durchgeführt.	Ziel erreicht
Messung „CVI QABE“		
Messzeitraum 12/07 – 12/08 Wiederholung der Pilotmessung 2005 Anzahl Resultate: 72	Dank der Zustimmung von Prof. Streuli und mit Hilfe von Frau Dr. Ronsdorf konnte SRO and der flächendeckenden Messung CVI teilnehmen.	Ziel erreicht
Messung Zufriedenheit von ambulanten Patienten im Notfall		
Messzeitraum 09/08 – 10/08 Anzahl Resultate: 379	Erstmessung Zufriedenheit Notfall mit Benchmark.	Ziel erreicht

3.3 Übersichtsliste Q-Projekte

SRO Projekte		
Nr.	Projektbezeichnung	verantw.
	Projekte Q&R-Management	
608	CIRS – aus Fehlern lernen	HV
611	Zertifizierung nach sanaCERT	HPK

SOP Nr.:	-	QABE Jahresbericht 2008_V05.doc	Erstellt durch:	kei	
Version:	1.5	Datum:	09.01.2008	Freigabe durch:	QKom 05.02.09
Ersetzt:	-	Seite	10 von 16	Genehmigung durch:	SD 16.02.09

4 Ausgewählte Q-Projekte

4.1 Projekt 611: Zertifizierung nach sanaCERT

4.1.1 Ausgangslage und Bedeutung für den Leistungserbringer

Die Bestrebungen der SRO AG zur Intensivierung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen soll mit Hilfe von sanaCERT vervollständigt werden und mit dem Zertifikat im Jahr 2010 offiziell bestätigt werden.

4.1.2 Projektziele

8 unterschiedlichste sog. Standards wurden gewählt, die im Bereich der somatischen Patientendienste der SRO AG umgesetzt werden sollen.

Wichtig ist es der Spitaldirektion, dass interdisziplinäre Arbeitsgruppen wohlverwurzelte, standardisierte Qualitätsarbeiten flächendeckend im Betrieb erarbeiten.

4.1.3 Projektablauf/Methodik

8 Projektgruppen bearbeiten die Standards. Sie berichten der QKommission und das Qteam führt interne Reviews durch.

4.1.4 Ergebnisse

Die Projektgruppen machen guten, substantiellen Fortschritt. Einzig Projekte, bei denen z.B. der Projektleiter ausgefallen ist, sind leicht zeitlich verzögert.

4.1.5 Projektevaluation / Konsequenzen

Das Projekt 611 läuft weiter und wird von der Spitaldirektion stark unterstützt.

4.2 608 CIRS: Durchführung von CIRS-Konferenzen

4.2.1 Ausgangslage und Bedeutung für den Leistungserbringer

Das anonyme Meldesystem ist seit einigen Jahren in der SRO AG im Betrieb und wird rege benutzt. Für die weitere Verstärkung der innerbetrieblichen Fehlerkultur fehlte aber eine Plattform, wo die CIRS-Meldungen anonym dargestellt und die getroffenen Massnahmen und Resultate dargestellt werden konnte.

4.2.2 Projektziele

Erhöhung der Akzeptanz von CIRS und Stärkung einer offenen Fehlerkultur

4.2.3 Projektablauf/Methodik

CIRS Arbeitsgruppe entwickelte ein Konzept für die Darstellung und Diskussion der wichtigsten CIRS Meldungen

4.2.4 Ergebnisse

Am 26.05.08 und 27.10.08 fanden Konferenzen statt, die im Vortragssaal unter sehr reger Beteiligung der Mitarbeitenden die Arbeit der CIRS-Gruppe, die Fastfehlermeldungen und die Massnahmen dar präsentierten. Wichtig war dabei, dass alle Vorgesetzten aller Kliniken und die Spitaldirektion anwesend war.

4.2.5 Projektevaluation / Konsequenzen

CIRS-Konferenzen sind wichtig und werden zweimal jährlich durchgeführt.

SOP Nr.:	-	QABE Jahresbericht 2008_V05.doc	Erstellt durch:	kei	
Version:	1.5	Datum:	09.01.2008	Freigabe durch:	QKom 05.02.09
Ersetzt:	-	Seite	11 von 16	Genehmigung durch:	SD 16.02.09

5 Kennzahlen der Ergebnisqualität

5.1 PEQ-Messung

5.1.1 Definition

Patients' Experience Questionnaire bestimmt die Patientenzufriedenheit bei stationären Aufenthalten mit der Hilfe von 15 Fragen und zusätzlichen Fragen zur Beschreibung des Kollektives.

Die Fragen teilen sich auf in die Skalen: Ärztliche Versorgung (4 Fragen), Pflegerische Versorgung und Betreuung (4 Fragen), Organisation, Management und Service während des Spitalaufenthaltes (6 Fragen), Weiterempfehlung und Frage zur Veränderung des Gesundheitszustandes (2 Fragen).

Das Ziel der PEQ-Befragung ist eine oberflächliche Bewertung der Patientenzufriedenheit in den 4 Skalen.

5.1.2 Erhebungsinstrument

PEQ Erhebung des Vereins Outcome, Zürich.

5.1.3 Patientenkollektiv

Erwachsene (> 18 Jahre) stationäre Patienten, die mindestens 1 Nacht im Spital verbringen mussten und danach nach hause (bzw. Pflegeheim, REHA,...) entlassen wurden. Mehrfachhospitalisierte wurden nur 1 x erfasst

5.1.4 Methodologie

Erhebungsbogen wurde für einen Zeitbereich von 6 Wochen 14 Tage nach der letzten Entlassung per Post verschickt (d.h. der Patient, der als erster in diesem Zeitraum von 6 Wochen entlassen wurde, wurde bis zu 8 Wochen nach seiner Entlassung befragt).

Es wurde eine Mahnung durchgeführt.

5.1.5 Resultate

Rücklaufquote:

Bei 1358 versendeten Fragebogen erhielten wir mit einer Rücklaufquote von 67% 907 auswertbare Ergebnisse.

Resultat: ärztliche Versorgung

863 Antworten konnten ausgewertet werden.

SRO erhielt die Note 5,2 für die ärztliche Versorgung.

Resultat: pflegerische Versorgung und Betreuung

870 Antworten konnten ausgewertet werden.

SRO erhielt die Note 5,3 für die pflegerische Versorgung und Betreuung.

Resultat: Organisation, Management und Service während des Spitalaufenthaltes

855 Antworten konnten ausgewertet werden.

SRO erhielt die Note 5,1 für die Organisation etc.

Resultat: Weiterempfehlung des Spitals

840 Antworten konnten ausgewertet werden.

SRO erhielt die Note 5,3 für die Weiterempfehlung.

Resultat: Verbesserung des Gesundheitszustandes durch den Spitalaufenthalt

834 Antworten konnten ausgewertet werden.

SRO erhielt die Note 5,0 für die Weiterempfehlung.

Resultat Kollektivbeschreibung:

Die Antwortenden gaben an:

Aktueller Gesundheitszustand: 4,5 auf der Notenskala

SOP Nr.:	-	QABE Jahresbericht 2008_V05.doc	Erstellt durch:	kei	
Version:	1.5	Datum:	09.01.2008	Freigabe durch:	QKom 05.02.09
Ersetzt:	-	Seite	12 von 16	Genehmigung durch:	SD 16.02.09

Durchschnittliches Alter:	65 Jahre
Anteil Frauen:	55%
Anteil Zusatzversicherte:	24,6%
Anteil Notfalleintritt:	66%

5.1.6 Vergleichbarkeit

Die Vergleichbarkeit der Resultate mit verschiedenen anderen Spitälern ist nur sehr begrenzt gegeben. So unterscheiden sich die Häuser (als Beispiel) in der Art des Eintrittes von 66% Notfalleintritt bis zu 0% Notfalleintritt.

Die Vergleichbarkeit des eigenen Spitals auf der Zeitachse ist gut möglich und soll mit der Wiederholungsmessung im Jahr 2009 initiiert werden

5.1.7 Kontaktperson

Dr. Kurt Eichenberger

SOP Nr.:	-	QABE Jahresbericht 2008_V05.doc	Erstellt durch:	kei	
Version:	1.5	Datum:	09.01.2008	Freigabe durch:	QKom 05.02.09
Ersetzt:	-	Seite	13 von 16	Genehmigung durch:	SD 16.02.09

6 Ausblick

6.1 Ziele 2009

Die Qualitätskommission und die Spitaldirektion haben folgende Ziele für das Jahr 2009 verabschiedet:

- Integration der Bereiche Psychiatrie und Rettungsdienst in die Qualitätsarbeit
- Zertifizierung
Erarbeitungen folgender Standards:
 - o 0. Grundstandard unter der Leitung von Hans Peter Kuert
 - o 2. Erhebung Patientenurteilen unter der Leitung von Dr. Kurt Eichenberger
 - o 3. Erhebung der Angemessenheit der Aufenthaltsdauer unter der Leitung von Dr. Thomas Künzi
 - o 1. Infektionsprävention und Spitalhygiene unter der Leitung von Dr. Ri-chard Egger
 - o 5. Schmerzbehandlung unter der Leitung von Dr. Axel Koch
 - o 7. Chirurgie unter der Leitung von Dr. Dominik Lüdi
 - o 11. CIRS unter der Leitung von Dr. Hanspeter Vogt
 - o 28. Dekubitusvermeidung und -behandlung unter der Leitung von Elsbeth Staub
 - o Folgen Meilensteine müssen erreicht werden:
 - Mitte 2009 Durchführung eines Internen Audits
 - Ende 2009 Abgabe der Unterlagen für das Erst-Zertifizierungs-Audit
- Durchführung von zwei Schulungen Arbeitssicherheit
- Durchführung von mindestens 6 Einführungsschulungen für neu eingetretene Ärzte
- Durchführung von Ergebnismessung:
 - o a. 3 Messung stationär
 - o b. 1 Messung ambulant
- Katalog aller Qualitätsmassnahmen in der SRO AG aufnehmen

SOP Nr.:	-	QABE Jahresbericht 2008_V05.doc	Erstellt durch:	kei	
Version:	1.5	Datum:	09.01.2008	Freigabe durch:	QKom 05.02.09
Ersetzt:	-	Seite	14 von 16	Genehmigung durch:	SD 16.02.09

7 Anhänge

7.1 Personeller und organisatorischer Stand

Qualitätsverantwortlicher:

Dr. Kurt Eichenberger

Mitglieder des Qualitätsteams:

Elsbeth Staub; Dr. med. Thomas Künzi; Dr. med. Dominik Lüdi

Mitglieder der Qualitätskommission:

Hans Peter Kuert (Präsident, Spitaldirektor); Claudia Graf; Thomas Trösch; Dr. Richard Egger; Prof. Rolf Streuli; Dr. Jürg Angermeier; Dr. med. Hanspeter Vogt; Elsbeth Staub; Dr. med. Thomas Künzi; Dr. med. Dominik Lüdi; Dr. Kurt Eichenberger

Damit sind alle Mitglieder der Spitaldirektion auch Mitglieder der Qualitätskommission

Es fanden im Jahr 2008 vier Kommissionssitzungen statt; das Qualitätsteam traf sich alle 14 Tage.

7.2 Q-Leitsätze

- 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 erhalten, 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 Verantwortungsbereich 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.

SOP Nr.:	-	QABE Jahresbericht 2008_V05.doc	Erstellt durch:	kei	
Version:	1.5	Datum:	09.01.2008	Freigabe durch:	QKom 05.02.09
Ersetzt:	-	Seite	15 von 16	Genehmigung durch:	SD 16.02.09

7.3 Verweise

-

7.4 Angaben zur Kontaktperson

Dr. Kurt Eichenberger
 Leiter Direktionsstab und Qualitätsbeauftragter
 St. Urbanstrasse 67
 4901 Langenthal

Telefon: 062 916 35 09
 Telefax: 062 916 35 03
 eMail: k.eichenberger@sro.ch

SOP Nr.:	-	QABE Jahresbericht 2008_V05.doc	Erstellt durch:	kei	
Version:	1.5	Datum:	09.01.2008	Freigabe durch:	QKom 05.02.09
Ersetzt:	-	Seite	16 von 16	Genehmigung durch:	SD 16.02.09