



Regionalspital Emmental AG
Oberburgstrasse 54
3400 Burgdorf



Akutsomatik



Psychiatrie

Qualitätsbericht 2010

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern und Basel-Stadt

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	7
C1	Angebotsübersicht	7
C2	Kennzahlen Akutsomatik	9
C3	Kennzahlen Psychiatrie	9
C4	Kennzahlen Rehabilitation	10
C4-1	Leistungsangebot der stationären Rehabilitation	10
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	11
C4-3	Leistungsangebot in Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	11
C4-4	Personelle Ressourcen	12
C5	Kennzahlen Langzeitpflege	12
D	Qualitätsmessungen	13
D1	Zufriedenheitsmessungen	13
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	13
D1-2	Angehörigenzufriedenheit	15
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	16
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	17
D2	ANQ-Indikatoren	18
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape	18
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	19
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	20
D2-4	Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ	21
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010	22
D4	Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	25
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	26
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	26
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	26
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	27
F	Schlusswort und Ausblick	28
G	Impressum	29
H	Anhänge	30

A

Einleitung

Die Regionalspital Emmental AG (RSE AG)

Die Regionalspital Emmental AG ist ein Akutspital mit den Standorten Burgdorf und Langnau und gewährleistet die Spitalversorgung für eine Bevölkerung von rund 120'000 Einwohnern. An beiden Standorten besteht über 24 Stunden ein Angebot in der medizinischen Grundversorgung, der Notfallversorgung sowie im Rettungsdienst. In Burgdorf werden zusätzlich spezialärztliche Disziplinen angeboten, am Standort Langnau wird ausserdem eine Abteilung für Komplementärmedizin betrieben.

Nebst der Pflege von partnerschaftlichen Beziehungen zu den niedergelassenen ÄrztInnen ist die RSE AG bestrebt, sich mit weiteren Institutionen des Gesundheitswesens (z.B. Spitex, Alters- und Pflegeheime) eng zu vernetzen.

Die RSE AG verfügt über insgesamt 172 Betten für den Akutbetrieb. 2010 wurden 8'432 stationäre und 37'151 ambulante Patienten behandelt. Zusätzlich kommen jährlich über 500 Babys im RSE auf die Welt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro stationären Patienten beträgt für das Jahr 2010 6,1 Tage. Die Bettenbelegung liegt bei 92,7%.

Die RSE AG beschäftigt rund 1100 Mitarbeitende in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung und verfügt über mehr als 50 Ausbildungsstellen.

Medizinische Kern- und Spezialdisziplinen

Anästhesiologie	Infektiologie	Onkologie
Angiologie	Intensivstation	Ophthalmologie
Chirurgie	Intermediate Care	Orthopädie
Diabetologie/Endokrinologie	Kardiologie	Pneumologie
Gastroenterologie	Komplementärmedizin	Psychiatrie
Geburtshilfe	Medizin allgemein	Radiologie
Gynäkologie	Nephrologie	Rettungsdienst
HNO	Notfallstation	Urologie

Verzeichnis der Anhänge

- Anhang I: Mitglieder der Q-Kommission 2010
- Anhang II: Q-Leitsätze
- Anhang III: Poster Projekt Harnwegsinfektionen

Verweis auf Geschäftsbericht

Der Geschäftsbericht 2010 kann via Homepage www.rs-e.ch eingesehen werden.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Im Februar 2004 wurde folgende übergeordnete Botschaft zur Qualität in der RSE AG von der Geschäftsleitung verabschiedet und im April 2007 bestätigt:

Qualitätsbotschaft:

Im Zentrum unseres Handelns steht der Mensch, sei es als Patient/in, als Angehörige/r oder als Mitarbeiter/in (Leitbild RSE). Mit einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung verfolgen wir das Ziel, diesem Anspruch weiterhin gerecht zu werden! Wir verstehen das Streben nach Qualität als Verpflichtung für jede(n) Einzelne(n), von der Geschäftsleitung bis zu den Auszubildenden.

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

Pflegezertifizierung der Pflegeabteilungen durch die Concret AG

Ständige und rasche Veränderungsprozesse in der Gesellschaft, im Gesundheitswesen und in den Gesundheitsberufen haben einen grossen Einfluss auf die Patientensituationen und somit auf die Gestaltung der Pflegepraxis, bzw. die Arbeitsprozesse in einem Akutspital.

Die Aufenthaltsdauer der Patienten nimmt stetig ab, wobei im Gegensatz dazu die Pflegeintensität, bedingt durch demographische Veränderungen (ältere Patienten) und die damit zusammenhängende Multimorbidität, zunimmt. Im Hinblick auf die verkürzte Aufenthaltsdauer bei gleichzeitig psychisch/psychosozial immer komplexeren Situationen müssen die Arbeits- und Organisationsmethoden adaptiert werden. Der höhere Kooperations- und Koordinationsaufwand bedingt ziel- und prozessorientierte Arbeitsmethoden. Spürbar wirken sich der zunehmende Kostendruck und insbesondere die Frage nach der Legitimation bzw. Wirksamkeit der erbrachten (Pflege-) Leistungen aus.

Im Sinne eines pro-aktiven Vorgehens wurde ein Monitoring der Pflegequalität in Betracht gezogen. Der systemische Ansatz der Pflegequalitätserhebung mittels quantitativen und qualitativen Indikatoren¹ sowie der patientenorientierte Ansatz der Messmethode der Concret AG entsprechen dabei den komplexen Herausforderungen im Berufsfeld Pflege.

Die Pflegedienstleitung der RSE AG definierte 2004 das Ziel, gestaffelt sämtliche Pflegeabteilungen der Standorte Burgdorf und Langnau hinsichtlich Pflegequalität durch die Concret AG zu zertifizieren, mit den folgenden Zielsetzungen:

- Gewährleistung einer patientenorientierten und angemessenen bis sicheren Pflege als angestrebtes Qualitätsniveau.
- Prüfung der Legitimation und Wirksamkeit der erbrachten Pflegeleistungen.
- Beurteilung, Sicherung und Förderung eines Entwicklungsprozesses für die Pflegequalität.
- Implementierung und Verankerung der Systematik der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung auf Abteilungsebene.

Die Pflegezertifizierung zeigt sich als sinnvolle Strategie, den Umgang mit sich ständig verändernden Rahmenbedingungen, unter Einbezug der Betroffenen, gezielt zu gestalten = Pflegequalität sichern und fördern.

¹ Indikatoren:

Grundlagen der Organisation, finanzielle und personelle Ressourcen, Personalentwicklung, Infrastruktur & Ausstattung, Richtlinien und Handlungsanleitungen, Prozessorganisation in der Pflege, Kontinuität in der Behandlungs-/ Versorgungskette, Professionelle Kooperationen, Ausführung der Pflege, Fachexpertise, Outcome.

Klinikinformationssystem (KIS) Ende 2010 wurden die konkreten Vorbereitungen zur Einführung eines Standort- und Disziplin-übergreifenden Klinikinformationssystems (KIS) gestartet. Eines in einem anderen Spital bereits laufendes System wurde unserer RSE-AG eigenen Gegebenheiten (Benutzeroberflächen, Arbeitsabläufe, etc.) angepasst und in die bestehende Informatik-Architektur der RSE AG integriert. Der Produktivstart erfolgt gestaffelt, ab Mai 2011. Die elektronische Dokumentation soll durch den einfacheren Abruf die Arbeitsabläufe effizienter machen und die Patientensicherheit erhöhen.

Patientenbefragung (hausinternes Instrument)

Für die kontinuierliche Erhebung der stationären Patientinnen- und Patientenzufriedenheitserfassung wurde der hausinterne Fragebogen überarbeitet und auf verschiedenen Pilotabteilungen getestet. Die Testphase wird im ersten Quartal 2011 abgeschlossen.

Messungen Dekubitus

Die Dekubitusrate am RSE ist kontinuierlich, seit Einführung der Messungen im Zeitraum der Jahre 2004 bis 2010, am Sinken. Die Strategie und der hohe Umsetzungsgrad des Standards zur Dekubitusvermeidung und –behandlung zeigen sich bestätigt. Mögliche Erfolgsautoren dazu sind:

- Übergeordnetes Rahmenkonzept
- Praxisbezogenes, einfach zu verstehendes Pflegehandbuch
- Systematische Risikoeinschätzung mittels Nortonskala
- Anschauliche Hilfsmittel auf Intranet zugänglich:
 - Entscheidungsdiagramm zur Auswahl von Hilfsmitteln
 - Einfacher Zugang zu den Hilfsmitteln
- Hohe Kompetenzen in der Umsetzung von Kinaesthetics
- Bewegungsplan bei Risikopatienten
- Schnittstellenprobleme angegangen: z.B. OPS/Nephrologie
- Kennzeichnung der Pflegedokumentation mit einer Hinweis-Etikette
- Interne Schulungen und Einführung neuer MA ins Konzept
- Themenverantwortliche (als Multiplikatoren) in jedem Team

Konsequente Nachbearbeitung der Ergebnisse aus den Outcome-Messungen auf Ebene der Patienten-Dokumentation (Analyse bei im RSE erworbenen Dekubitus) im Sinne eines geschlossenen Qualitätskreislaufes und Treffen von nötigen Massnahmen/Anpassungen

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

Pflegezertifizierung der Pflegeabteilungen auf der Abteilung Komplementärmedizin durch die Concret AG

Die Pflegezertifizierung der Abteilung Komplementärmedizin fand im März 2010 statt. Das zentrale Ziel der Pflegedienstleitung, welches den Erwerb des Pflegequalitätslabels der Concret AG **für alle Pflegeabteilungen der RSE AG** angestrebt hat, konnte damit erreicht werden. Mit dieser Strategie zeigen sich zudem positive Einflüsse auf:

- das Halten bzw. steigern der Pat.-Zufriedenheit
- die Pflegequalität gemäss dem definierten Niveau und dem Pflegeverständnis zu gewährleisten (inkl. Sicherheit)
- den Stellenwert der Pflege
- die Attraktivität der Arbeitsplätze und Aufrechterhaltung der Konkurrenzfähigkeit
- das Aufrechterhalten von zielorientierten, systematischen und kontinuierlichen Entwicklungsprozessen/-Potenzial auf Abteilungsebene
- die Möglichkeit der Personalentwicklung und Förderung von Mitarbeitenden
- die Qualitätsarbeit im Sinne eines Teil des Alltags

Projekt Skill- und Grade-Mix

Das Projekt wurde Ende 2009 abgeschlossen. Die mit der Einführung des Skill- und Grade-Mix-Modells einhergehenden Veränderungsprozesse sind komplex, da die Gestaltung der Pflege in der Praxis, die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeitsprozesse sowie die führungsspezifische Lenkungs- und fachliche Steuerungsprozesse wesentlich beeinflusst werden.

Mit dem Konzept Skill- und Grade-Mix werden die folgenden Zielsetzungen verfolgt:

- Die Patienten erhalten im Rahmen des vorhandenen Skill- und Grade-Mix eine angemessene (angestrebtes Qualitätsniveau) und dem Pflegebedarf entsprechende, patientenorientierte Pflege und Betreuung
- Bildet Grundlage für die operative Umsetzung von Skill- und Grade-Mix in der Pflegepraxis und umfasst folgende Aspekte:
 - o Die neue Pflegeorganisation ist definiert und bildet den Rahmen für die Umsetzung einer angemessenen Pflegequalität unter sinnvollem Einsatz der Personalressourcen. Innerhalb des definierten Grade- und Skill-Mix, übernehmen diejenigen Personen, welche über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, die dazu gehörige Arbeit.
 - o Zusammenarbeitsprozesse, Aufgaben, Rollen, Kernaufgaben, Kompetenzen, Verantwortung der Berufsgruppen in der Pflege sind definiert und transparent.
 - o Ein Modell der Arbeitsteilung und die dazugehörigen Instrumente sind definiert.
- Implementierung des Skill- und Grade-Mix inkl. Arbeitsinstrumente sowie Begleitung des Paradigmenwechsels
- Optimierung der Einsatzplanung (Kontinuität)

Die Umsetzung des Konzepts bewährt sich und wird durch Evaluationen stetig neu überprüft und allenfalls angepasst. Hier zeigt sich, dass insbesondere die Themen Delegation im Modell der Arbeitsteilung, das Qualitätsniveau der sicheren bis angemessenen Pflege und das Funktionendiagramm zentrale Herausforderungen sind.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Für das Jahr 2011 hat sich die RSE AG folgende übergeordnete Qualitätsziele gesetzt:

- Neuausrichtung Stelle Leitung Qualitätsmanagement
- Vorbereitung zur Durchführung der Re-Zertifizierung sanaCERT suisse, Herbst 2012, inklusive Einführung eines neuen Standards 15: Ernährung
- Überarbeitung Konzept Beschwerdemanagement
- Durchführung behördlich geforderter Messungen (s. Messplan QABE 2011)
- Evaluation und Anpassung CIRS als Teil des Risikomanagements

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
x	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	50%	Stellenprozentage zur Verfügung. (ab 1.8.2011)

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Adrian Schmitter	034 421 21 02	Adrian.schmitter@rs-e.ch	CEO Vorsitzender Qualitätskommission
Ruth Schneider	034 421 21 96	Ruth.schneider@rs-e.ch	Leiterin Qualitätsmanagement

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname: → Regionalspital Emmental AG

→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
x	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten : Burgdorf und Langnau

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern, Unikliniken, Belegärzten)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie	Burgdorf/Langnau	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Burgdorf/Langnau	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	Burgdorf/Langnau	
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Burgdorf	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)	Burgdorf/Langnau	
Handchirurgie		
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkrobraum)	Burgdorf/Langnau	
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	Burgdorf/Langnau	
X Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	Burgdorf/Langnau	
X Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Burgdorf	
X Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Burgdorf	
X Geriatrie (Altersheilkunde)	Burgdorf /Langnau	

X Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)</i>	Burgdorf	
<input type="checkbox"/> Hepatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i>		
X Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>	Burgdorf	
X Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)</i>	Burgdorf /Langnau	
X Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	Burgdorf	
X Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>	Burgdorf	
<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>		
X Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>	Burgdorf	
Intensivmedizin	Burgdorf	
Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Kinderchirurgie		
Langzeitpflege		
Neurochirurgie		
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>		
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>	Burgdorf	
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	Burgdorf/Langnau	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	Burgdorf/Langnau	
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>		
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i>	Burgdorf/Langnau	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie		
Psychiatrie und Psychotherapie	Burgdorf/Langnau	
Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>	Burgdorf/Langnau	
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	Burgdorf	

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern, Unikliniken, Belegärzten)
Diabetesberatung	Burgdorf/Langnau	
Ergotherapie	Burgdorf/Langnau	An beiden Standorten outgesourct
Ernährungsberatung	Burgdorf/Langnau	
Logopädie	Burgdorf	
Physiotherapie	Burgdorf/Langnau	Standort Langnau outgesourct
Psychotherapie	Burgdorf/Langnau	

C2 Kennzahlen Akutsomatik

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelte Patienten (Anzahl Fälle),	37'151	35'480	Steigerung von 5%
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene		52	
Anzahl stationär behandelte Patienten (Anzahl Austritte),	8'431	8'059	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	562	523	
Geleistete Pflegetage		53'334	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010		147	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.1	6.6	
Durchschnittliche Bettenbelegung		94.7	

C3 Kennzahlen Psychiatrie

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen a) Burgdorf b) Langnau
ambulant	1'670	---	---	---
Tagesklinik	102	20	---	a) 44,8 b) 48.0
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	Anzahl behandelte Patienten (Anzahl Austritte)	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflegetage
stationär	92.7%	271	22.5%	6'090

C4 Kennzahlen Rehabilitation

C4-1 Leistungsangebot der stationären Rehabilitation

A) Weshalb sind Leistungsaufträge oder Verträge wichtig?

- ❶ Kliniken müssen, um im Rahmen der Grundversicherung Leistungen anbieten zu dürfen, **vom Kanton einen Leistungsauftrag** für die entsprechenden Fachbereiche erhalten. Private Kliniken, die auch Angebote im Zusatzversicherungsbereich besitzen, schliessen **mit Kranken- und Unfallsversicherungen Verträge** und gelten als Vertragsspital, resp. als Vertragsklinik. Leistungsaufträge und –verträge sind verknüpft mit einer eingehenden Prüfung u.a. bezüglich Fachwissen und Infrastruktur.

B) Wie sind Anzahl Austritte und Anzahl Pflgetage zu interpretieren?

- ❶ Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2010 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patientinnen und Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patientinnen und Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflgetage geringere Austrittszahlen.

Angebotene stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Anzahl Austritte in 2010	Geleistete Pflgetage in 2010
Geriatrische Rehabilitation			
Internistische Rehabilitation			
Kardiale Rehabilitation			
Muskuloskelettale Rehabilitation			
Neurologische Rehabilitation			
Onkologische Rehabilitation			
Pädiatrische Rehabilitation			
Psychosomatische Rehabilitation			
Pulmonale Rehabilitation			
Rehabilitative Intensivabteilung			

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Spital / Klinik XY
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- ① Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen und ihre Infrastruktur auch** extern anbieten, dies z. Bsp. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patientinnen und Patienten, da eine unmittelbarere, einfachere Behandlung mit weniger Therapierbrüchen angeboten werden kann.
- ① Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.
- ① Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, mit **externen Spezialisten** nach Bedarf zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ mit zum Beispiel Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

Eigene Angebote in anderen Spitälern / Kliniken	Externes Leistungsangebot	Stationär	ambulant
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)	
	Intensivstation in akutsomatischem Spital	... km	
	Notfall in akutsomatischem Spital	... km	
Vernetzung mit externe Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet		

C4-3 Leistungsangebot in Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)

Welches Angebot bietet eine Klinik für einfachere Behandlungen oder für Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt?

- ① Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschn. Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Fälle im 2010	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation	x			
Muskuloskeletale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation	x			
Rehabilitative Intensivabteilung				
Bemerkungen				
Die RSE AG bietet eine ambulante Rehabilitation in folgenden Fachbereichen an: Pneumologie, Kardiologie und Diabetologie				

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- ❶ Spezifische Facharzttitel sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- ❷ Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von der Pfleegtätigkeit in einem akutsomatischen Spital. Deshalb findet sich hier ein Hinweis auf die Anzahl diplomierter, rehaspezifischer Pflegefachkräfte.

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Neurologie	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Kardiale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Psychiatrie	<input type="checkbox"/> ja	

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation		

C5 Kennzahlen Langzeitpflege

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2010			
Geleistete Pflgetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Auslastung			

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.			
x	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit, siehe auch D2-4			
	<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	Fortlaufend
x Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.				

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
x Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/> VO: PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
X eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Spitalinterner Fragebogen			
Einschlusskriterien				
Ausschlusskriterien				
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	x Nein.	<input type="checkbox"/> Ja.

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Ombudsstelle
Name der Ansprechperson	Frau Emmi Gerber
Funktion	Leitung Ombudsstelle
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	034 421 19 22 (Bürozeiten)
Bemerkungen	

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.			
x	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit..			
	x Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
	<input type="checkbox"/> Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			2012

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
x	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	s. Messinstitut	Name des Messinstitutes	Innopol AG, Managementberatung
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Standardisierte schriftliche Befragung		
Einschlusskriterien				
Ausschlusskriterien				
Rücklauf in Prozenten		44,0%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.		
x	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	X Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2003 Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument			
	Beschreibung des Instrumentes			
	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
	Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.

D2 ANQ-Indikatoren

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

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen

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

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape

Wiederholte Spitalaufenthalte können geplant sein, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, oder Zeichen sein, dass der Austritt des Patienten nicht gut vorbereitet wurde. Mit der Methode SQLape wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und wenn er innert 30 Tagen erfolgt. Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com.

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.		
x	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
x	Ja . Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Burgdorf und Langnau	

Messergebnisse			
Anzahl Austritte im Jahr 2010	Anzahl Wiedereintritte im Jahr 2010	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Rehospitalisationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape

Manchmal macht es der Gesundheitszustand des Patienten nötig, dass ein grosser Eingriff auf zwei Operationen aufgeteilt werden muss. Eine erneute Operation, eine sogenannte Reoperation, kann aber auch Ausdruck sein, dass bei der ersten Operation nicht alles so verlief wie es geplant war.

Mit der Methode SQLape wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe C medizinische Kennzahlen und Leistungsangebot)		
x	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
x	Ja . Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Burgdorf und Langnau	

Messergebnisse			
Anzahl Operationen im Jahr 2010	Anzahl Reoperationen im Jahr 2010	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Reoperationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?					
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO..				
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe C medizinische Kennzahlen und Leistungsangebot)				
x	Ja , unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.				
<input type="checkbox"/>	Nein . Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	kontinuierlich
x	Ja . Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.				
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Burgdorf und Langnau			

Messergebnisse					
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen	Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen	Infektionsrate Spital	Schweizer Durchschnitt	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung				3.9%	
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung				4.5%	
x Hernienoperation			1.2%	1.1%	Periode 2007-2010 (Walliser System); ab 2011 mit SwissNOSO)
x Dickdarm (Colon)			7.1%	12.7%	Periode 2007-2010 (Walliser System); ab 2011 mit SwissNOSO)
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)				1.9%	
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<i>Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.</i>				
x Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
x Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .				

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit PEQ.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit PEQ.
	Spitalgruppen: an welchen Standorten? Burgdorf und Langnau

Messergebnisse			
Medizinische Abteilungen			
	Wert	Schweizer Durchschnitt	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	5.4	5.31	
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	5.5	5.37	
Beurteilung der Organisation	5.4	5.25	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb haben wir keine medizinischen Abteilungen (siehe C medizinische Kennzahlen und Leistungsangebot).		
Chirurgische Abteilungen			
	Wert	Schweizer Durchschnitt	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	5.4	5.42	
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	5.4	5.40	
Beurteilung der Organisation	5.2	5.26	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb haben wir keine chirurgischen Abteilungen (siehe C medizinische Kennzahlen und Leistungsangebot).		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

Messthema	Stürze
Was wird gemessen?	Anzahl Stürze, Sturzfolgen und Co-Variablen wie Sturz-Ort, präventive Massnahmen, medikamentöse Therapie etc.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?

<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Die Sturzrate im RSE beträgt gesamthaft (inkl. Psychiatrie, Geburtshilfe und ambulante Bereiche) eine Rate von 3.30 (pro 10000 Pflgetage) was einer Anzahl Stürze von 238 entspricht. Die Frakturrate beträgt im gesamten Bereich 0.098% (N=3).	Im Verlauf zeigt sich eine stabile Situation der Sturzrate und die Strategie, möglichst keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen einzusetzen bewährt sich.
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

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

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)
Was wird gemessen?	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbestehende und Neuentstehung von Dekubitus (ab Stadium 1), inkl. Spannungsblasen! - Dekubitusstadien im Verlauf (EPUAP) - Angabe des Ortes des Dekubitus - Entstehungsdatum pro Dekubitus - Entwicklung des Dekubitus (höchstes Stadium) - Risikoeinschätzung bei Eintritt des Patienten (innerhalb 24 Stunden) - Risikoeinschätzung bei Auftreten eines neuen Dekubitus - Co-Variablen wie Alter, Geschlecht, während der Hospitalisation verstorben, usw.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?	
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Patienten mit neu entstandenem Dekubitus ab Grad 1: 1.9% (Gesamtkollektiv 2.1%) • Anteil Patienten mit neu entstandenem Dekubitus ab Grad 2: 1.3% (Gesamtkollektiv 1.4%) • Anteil Patienten, deren vorbestehender Dekubitus sich verschlechtert haben (alle Pat.): 0.0% (Gesamtkollektiv 0.1%) 	<p>Im Benchmarkvergleich liegen die Werte der RSE AG unter dem Durchschnitt..</p> <p>Indikator 1a: Anteil Patienten mit neu entstandenem Dek. ab Stad. 1 20% 18% 16% 14% 12% 10% 8% 6% 4% 2% 0% 5.1% 4.7% 3.0% 1.9% (n = 40 Pat.) 2004 2006 2008 2010 RSE [Insein Outcome, 09/2010]</p> <p>Indikator 1b: Anteil Patienten mit neu entstandenem Dek. ab Stad. 2 20% 18% 16% 14% 12% 10% 8% 6% 4% 2% 0% 3.1% 3.0% 2.2% 1.3% (n = 28 Pat.) 2004 2006 2008 2010 RSE [Insein Outcome, 09/2010]</p> <p>Erfolg 1: Kontinuierlicher Abwärtstrend Dekubitus ab Stadium 1</p> <p>Erfolg 2: Kontinuierlicher Abwärtstrend Dekubitus ab Stadium 2</p> <p>Sehr positiv fällt der Trend der sinkenden Dekubitusraten im Vergleich der Jahre 2004 bis 2010 auf. Die Strategie und der hohe Umsetzungsgrad des Standards zur Dekubitusvermeidung und -behandlung zeigen sich bestätigt.</p>
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
x	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
x	Das Instrument wurde von einer betriebs-externen Fachinstanz entwickelt .	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz: Verein Outcome

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	DK-Tage: Inzidenzrate, Prozent der Pat. mit DK, Prozent mit DK austretende Pat.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Medizinische Klinik an Standorten Burgdorf und Langnau

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Zahlen August bis Oktober 2010 16.8 Dauerkathetertage pro 100 Patiententage 18.0% der Patienten haben einen DK 6.4% der Patienten treten mit DK aus	Zahlen August bis Oktober 2009 zum Vergleich: 27.3 Dauerkathetertage pro 100 Patiententage 26.6% der Patienten hatten einen DK 10.0% der Patienten traten mit DK aus
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
<input checked="" type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes: Projekt Harnwegsinfektionen
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebs-externen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Isolationstage	A	C	A
Sturzerfassung	A	C	A
Schmerzerfassung	A	B	A
Erfassung Blutzucker	A	B	A
SIRIS (Schweizer Implantat Register) geführt von der Stiftung für Qualität in der Orthopädie	B	A	A
AQC (Datenbank der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie)	B	A	A
AFS (Gynäkologie und Geburtshilfe)	B	A	A
Minimal Dataset für Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin	B	A	A
Schweizerisches Dialyseregister	B	A	A
Bemerkungen			

Legende:

- ¹ A=Ganzer Betrieb, übergreifend
 B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
 C=einzeln Abteilung
- ² A=Fachgesellschaft
 B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
 C=betriebseigenes System
- ³ A=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
 B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009
 C=Einführung im Berichtsjahr 2009

E

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Ganzer Betrieb	Qualitätsstandards sana-CERT suisse	2005	2009	
Pflege	Normen Concret AG			
Standort Burgdorf	SGI Intensivstation			
Gyni/Gebh	UNICEF "Stillfreundliches Spital"	2005		
Labor	QUALAB	2001	2009	
OP	CAS		2009	
Ganzer Betrieb	RSE - Fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) - Heimanmeldung etc.	Ohne Zertifizierung		

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, indem die Aktivität oder das Projekt läuft (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Pflegezertifizierung	Zertifizierung aller Pflegeabteilungen (inklusive Intensivstation) mit dem Label der Concret AG.	Alle Pflegeabteilungen	2004 - laufend
Ganzer Betrieb	KIS (Krankenhaus-Informationssystem)	Einführung eines KIS	2005 - 2012
Projekt Harnwegsinfektionen	Reduktion von unnötigen Antibiotiktagen für die Behandlung von Harnwegsinfekten	Medizinische Klinik an den Standorten Burgdorf und Langnau	2009-2010

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitlel	Projekt Harnwegsinfektionen	
Bereich	x internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Reduktion von unnötigen Antibiotiktagen für Harnwegsinfekte	
Beschreibung	Vorher-nachher-Interventionsstudie	
Projekttablauf / Methodik	Messung der Antibiotikatage für asymptomatische Bakteriurien und für Harnwegsinfektionen insgesamt vor und nach einer Intervention bestehend aus Weiterbildung, Einführung von Guidelines, interaktivem Lerninstrument und regelmässigen Audits auf den Abteilungen.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	x Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Burgdorf und Langnau	
	x einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Medizinische Klinik	
	Ärztinnen/Ärzte, Pflegefachpersonen	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Reduktion der Antibiotikatage für asymptomatische Bakteriurien von 22.2 auf 10.1 pro 1'000 Patiententage und der Antibiotikatage für Harnwegsinfektionen insgesamt von 74.6 auf 59.3 pro 1'000 Patiententage ($p < 0.001$ bzw. $p = 0.0013$) Das Projekt wurde von der FMH/der Schweizerischen Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen/dem Institut für Evaluative Forschung der Universität Bern mit dem Swiss Quality Award 2011 in der Kategorie Patientensicherheit ausgezeichnet.	
Weiterführende Unterlagen	Poster zum Projekt für die Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene vom 24.08.2011 in Interlaken (im Anhang III).	

F

Schlusswort und Ausblick

Die Regionalspital Emmental AG (RSE AG) pflegt eine Kultur der Qualitätsentwicklung im Sinne einer lernenden Organisation. Dies zeigt sich durch herausragende Ergebnisse in medizinischen und pflegerischen Bereichen, in welchen verschiedene Qualitätsentwicklungsprojekte initiiert, abgeschlossen und entsprechende Massnahmen umgesetzt werden konnten.

Insbesondere möchten wir auf die Qualitätsentwicklung im Bereich der Pflege hinweisen. Mit dem ausgewiesenen Trend der sinkenden Dekubitusraten im Vergleich zu den Vorjahren konnte die Strategie und der hohe Umsetzungsgrad des Standards zur Dekubitusvermeidung und –behandlung bestätigt werden. Auch im Bereich der Sturzstatistik zeigt sich eine stabile Situation, was die Massnahme bestätigt, möglichst keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen einzusetzen.

Die regelmässig durchgeführten Pflegequalitätserhebungen, welche organisatorisch und zeitlich eine grosse Herausforderung für das Pflegepersonal bedeuten, tragen wesentlich dazu bei, die Kultur einer kontinuierlichen interdisziplinären Qualitätsentwicklung zu fördern.

Anlässlich der Verleihung des Swiss Quality Awards konnte Dr. med. Martin Egger, stellvertretender Chefarzt der Medizinischen Klinik, und sein Projektteam im Mai 2011 für das Qualitätsentwicklungsprojekt den Preis in der Kategorie Patientensicherheit entgegennehmen. Diese Auszeichnung beruht auf den hervorragenden Projektergebnissen im Jahre 2010, welche aufzeigen, dass die Urinkatheter-Tage und unnötigen Antibiotika-Behandlungstage bei Harnwegsinfektionen durch verschiedene interdisziplinäre Massnahmen, um 38% respektive um 55% reduziert werden konnten (siehe dazu auch Poster im Anhang III).

Im kommenden Jahr werden wir unsere Qualitätsentwicklung weiter voran treiben und neben verschiedenen organisatorischen Anpassungen den Schwerpunkt auf die Patientensicherheit legen. Mit der Weiterentwicklung und Etablierung der Erfassung und Bearbeitung von kritischen Ereignissen werden wir die Fehlerkultur in unserem Haus weiter verankern können.

Zudem soll im Herbst 2011 das Klinikinformationssystem eingeführt werden mit dem Ziel, durch die elektronische Dokumentation und den einfacheren Abruf, die Arbeitsabläufe effizienter zu machen und die Patientensicherheit zu erhöhen.



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.²



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch

² Dt: Siehe auch <http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
Frz: voir également <http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>

I. Mitglieder der Q-Kommission 2010**Vorsitz:**

Bruno Haudenschild, Vorsitzender der Geschäftsleitung

Mitglieder:

Claudia Biedermann, Leiterin Pflege RSE AG

Dr. med. Bernard Chappuis, Leitender Arzt Medizin Burgdorf

Heidi Friedli-Wüthrich, Leiterin Pflegeentwicklung

Kathrin Gund, Hebamme

Karola Kunz, Leiterin Physiotherapie

Hans Mathis, Leiter Human Resources

Monica Rohrbach, Bereichsleiterin Pflege, Standort Burgdorf

Dr. med. Daniel Stoffel, Chefarzt Chirurgie Langnau

Sekretariat:

Marc Schulthess, Assistent QM

II. Q-Leitsätze

Qualitätsbotschaft:

Im Zentrum unseres Handelns steht der Mensch, sei es als Patient/in, als Angehörige/r oder als Mitarbeiter/in (Leitbild RSE). Mit einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung verfolgen wir das Ziel, diesem Anspruch weiterhin gerecht zu werden! Wir verstehen das Streben nach Qualität als Verpflichtung für jede(n) Einzelne(n), von der Geschäftsleitung bis zu den Auszubildenden.

Qualitätsziele

Patientenorientierung: Wir wollen zufriedene PatientInnen, welche gemäss den heutigen Möglichkeiten der Diagnostik, Therapie und Pflege angemessen und ihren Bedürfnissen entsprechend behandelt und betreut werden. Wir halten uns dabei an die Grundsätze der Humanität, Ethik und Wirtschaftlichkeit.

Dies bedingt unter anderem eine rechtzeitige und bedarfsgerechte Aufklärung und Information vor und während dem Spitalaufenthalt, das Aufzeigen von alternativen Behandlungsmöglichkeiten, den frühzeitigen Einbezug und die Mitbestimmung bei Entscheidungen, das Vorhandensein von klaren Ansprechpartnern, eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Unterbringung und Verpflegung, eine angemessene, individuelle und dem neusten Erkenntnisstand entsprechende medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung und Betreuung, eine umfassende und vollständige Information bei Austritt sowie eine schnelle, übersichtliche und fehlerfreie Administration.

Mitarbeiterorientierung: Wir wollen zufriedene und motivierte Führungskräfte und Mitarbeitende, welche über eine hohe fachliche, soziale und emotionale Kompetenz verfügen. Alle unsere Mitarbeitenden bilden die Basis für die hohe Qualität unserer Leistungserbringung.

Dies bedingt unter anderem die gegenseitige Achtung, ein gutes Betriebsklima, eine bedarfsgerechte räumliche und technische Ausstattung, gebührende Anerkennung für die erbrachten Leistungen, eine offene Kommunikation, Möglichkeiten zur Mitsprache und aktiven Mitgestaltung, Zielvereinbarungen, konkurrenzfähige Anstellungsbedingungen, eine angemessene Arbeitsbelastung, hohe Selbstverantwortung, klare und aktuelle Stellenbeschreibungen, Möglichkeiten zum Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie eine gezielte, bedarfs- und bedürfnisgerechte Aus- und Weiterbildung.

Partnerschaftliche Arbeitsweise: Unsere internen und externen Partner sind mit unserer Leistungserbringung zufrieden und werden - wo für die PatientInnen notwendig und sinnvoll - in die Leistungserbringung eingebunden. Partner sind alle internen Leistungserbringer, Hausärzte, Spitex, Lieferanten, Kanton und Krankenversicherer. Wir stellen an unsere Partner dieselben Qualitätsansprüche wie an uns selbst.

Dies bedingt unter anderem die Festlegung von Regeln der Zusammenarbeit, Klärung der gegenseitigen Anforderungen und Erwartungen, gegenseitige Wertschätzung, einen regelmässigen Informationsaustausch, offene Kommunikation und Transparenz.

Prozessorientierung: Unsere Kern- und Supportprozesse sind zweckmässig, effizient und sicher gestaltet, auf die Bedürfnisse der Patienten und Partner ausgerichtet und entsprechen wo vorhanden, allgemein anerkanntem Wissen. Ihre Kenntnis, verbindliche Einhaltung und regelmässige Überprüfung bilden die Basis für ein erfolgreiches Ergebnis.

Dies bedingt unter anderem die Definition, Analyse und Dokumentation der wichtigsten Kern- und Supportprozesse, bewusstes Risikomanagement, einen optimalen Einsatz der Ressourcen, die Vermeidung von Doppelspurigkeiten, die Kenntnis der Ansprüche der PatientInnen und Partner, die Kenntnis der geltenden fachlichen Standards, die klare Regelung der Verantwortungen, Kompetenzen und Aufgaben sowie die kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung der Prozesse.

Ergebnisorientierung: Wir arbeiten ergebnisorientiert. Die Ergebnisse und die Auswirkungen unserer Leistungen werden regelmässig und systematisch erhoben, analysiert und in die kontinuierliche Qualitätsentwicklung mit einbezogen.

Dies bedingt unter anderem die systematische Erhebung, Auswertung und Analyse der Zufriedenheit sowie der Wünsche und Verbesserungsvorschläge der PatientInnen, MitarbeiterInnen, internen und externen Partner, der erzielten Behandlungsergebnisse (Outcome) sowie der Finanzkennzahlen.

III. Poster Projekt Harnwegsinfektionen

Reducing urinary catheter use and prescription of antibiotics for urinary tract infection in hospitalized patients in internal medicine – before and after intervention study



Poster #69

Martin Egger, Florian Balmer, Esther M Näf, Heidi Friedli-Wüthrich, Regionalspital Emmental; Kathrin Mühlemann, Institut für Infektionskrankheiten, Universität Bern

Introduction: Urinary tract infections (UTIs) are among the most frequent nosocomial infections¹. Urinary catheters (UCs) are the most important risk factor² for their development. UCs tend to be overused³ for convenience and are frequently left in place inadvertently. Unnecessary treatment of asymptomatic bacteriuria is widespread and contributes substantially to the selection of resistance in urinary pathogens. We therefore wanted to know the magnitude of these quality deficits at the clinic for internal medicine of the Regionalspital Emmental and at the same time undertook a quality improvement initiative aiming at a reduction of urinary catheter days and antibiotic treatment days for UTIs.

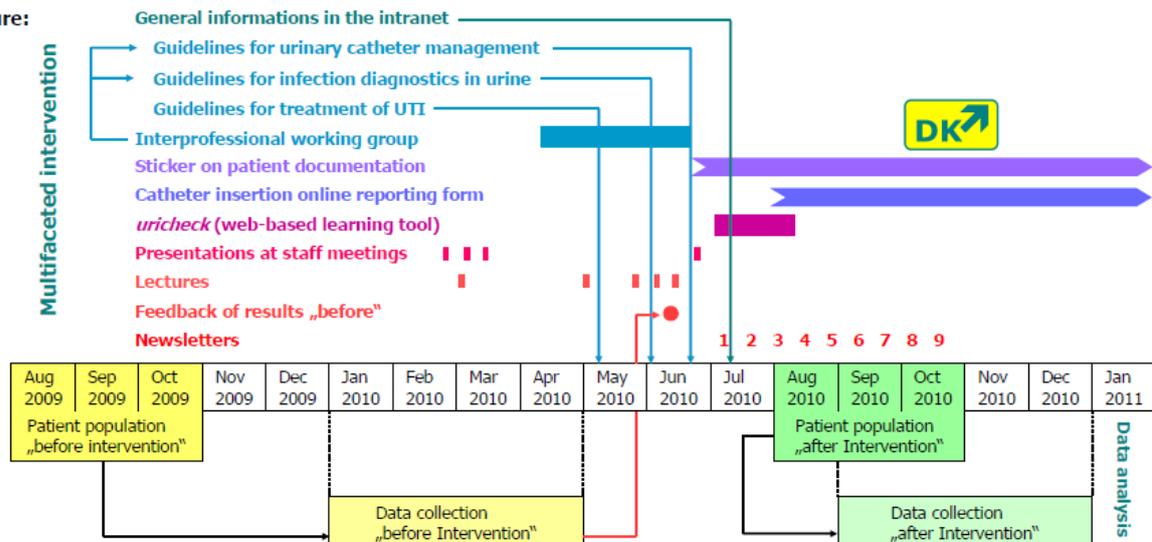
Methods: Data on UCs, UTIs and antibiotic treatments were collected retrospectively from all medical patients discharged between August 1st and October 31st in 2009. A multifaceted intervention (see figure) was undertaken in an inter-professional cooperation. After the intervention an identical set of data was collected from all medical patients discharged during the same 3 month-period in 2010. Differences in population characteristics before and after the intervention were tested for significance by Student's t-test, chi-square test or Wilcoxon rank sum test as appropriate. Incidence rates for catheter days and antibiotic treatment days were compared by calculating incidence rate ratios (IRRs) and confidence intervals (CI).

Patient populations: 734 patients contributed 5803 patient days before and 771 patients 5620 patient days after the intervention. Population characteristics before and after the intervention were comparable (Table).

Table: Population characteristics	Before intervention	After intervention	
Patients - n	734	771	
Patient days	5803	5620	
Age - mean (SD)	68.0 (18.4)	68.5 (17.8)	p = 0.550
Male sex - n (%)	369 (50.3%)	410 (53.2%)	p = 0.260
Cost weight (DRG) - mean (SD)	1.025 (1.229)	0.969 (0.850)	p = 0.599
Length of stay - mean (SD)	7.9 (7.0)	7.3 (6.6)	p = 0.058
ICU days per 1'000 patient days	60	68	p = 0.091
Admission with UC - n (%)	46 (6.3%)	53 (6.9%)	p = 0.635
Symptomatic UTI on admission - n (%)	30 (4.1%)	28 (3.6%)	p = 0.646

SD=standard deviation; DRG=diagnosis related groups; ICU=intensive care unit

Figure:



Results:

	Before intervention	After intervention	
Urinary catheter days per 100 patient days	27.3	16.8	IRR 0.61 (95%-CI 0.57 – 0.67)
Patients with catheters - %	26.6	18.0	p < 0.001
Patients discharged with urinary catheter - %	10.0	6.4	p = 0.011
Antibiotic treatment days for asymptomatic bacteriuria per 1'000 patient days	22.2	10.1	IRR 0.46 (95%-CI 0.33 – 0.63)
Antibiotic treatment days for UTI overall per 1'000 patient days	74.6	59.3	IRR 0.79 (95%-CI 0.69 – 0.92)

IRR = incidence rate ratio; 95%-CI = 95% confidence interval

Conclusions: Urinary catheter use in our clinic for internal medicine was comparable to published rates^{4,5,6}. Urinary catheter days and antibiotic treatment days for UTI could effectively be reduced by a multifaceted intervention based on inter-professional cooperation. This may contribute to a reduction of nosocomial UTIs and to a reduction of selection pressure for antibiotic resistance.

Literature:

- ¹Sax H. Ther Umschau 2004;61:197-203
- ²Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD et al. Clin Infect Dis 2010; 50: 625-63.
- ³Cornia PB, Lipsky BA. Infect Control Hosp Epidemiol 2008;29:820-2. (catheter overuse)
- ⁴Fakih MG, Duweke C, Meisner S et al. Infect Control Hosp Epidemiol 2008;29:815-9.
- ⁵Apisarnthanarak A, Thongphubeth K, Sirinvaravong S et al. Infect Control Hosp Epidemiol 2007;28:791-8.
- ⁶Topal J, Conklin S, Camp K et al. Am J Med Qual 2005;20:121-6.

Correspondence:

Dr. med. Martin Egger, MPH
Medizinische Klinik
Regionalspital Emmental
Oberburgstrasse 54
3400 Burgdorf
martin.egger@rs-e.ch