



solothurner spitäler ag

Solothurner Spitäler AG
Schöngrünstrasse 36 a
4500 Solothurn

www.so-H.ch



Akutsomatik



Psychiatrie



Rehabilitation



Langzeitpflege

Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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

Partner



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

Siehe auch: www.anq.ch

Zielpublikum

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

Bezeichnungen

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

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie.....	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012	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 2012	9
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2012	10
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2012	11
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	11
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	11
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation).....	11
C4-4	Personelle Ressourcen	12
C5	Kennzahlen Langzeitpflege 2012.....	12
D	Zufriedenheitsmessungen.....	13
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	13
D2	Angehörigenzufriedenheit.....	16
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	17
D4	Zuweiserzufriedenheit	18
E	ANQ-Indikatoren.....	19
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik	19
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	20
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	21
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	22
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ → in Arbeit.....	25
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	28
E2	ANQ-Indikatoren Psychiatrie	30
E2-1	Symptombelastung mittels HoNOS Adults.....	31
E2-2	Symptombelastung mittels BSCL	32
E2-3	Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM.....	33
G	Registerübersicht.....	34
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	36
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards.....	36
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	36
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	37
I	Schlusswort und Ausblick	38



solothurner spitäler ag

Die Solothurner Spitäler AG (soH)

Die Solothurner Spitäler AG (soH) ist eine gemeinnützige Aktiengesellschaft im Eigentum des Kantons Solothurn. Wir führen die somatischen Standorte Kantonsspital Olten, Bürgerspital Solothurn und Spital Dornach, die Psychiatrischen Dienste mit der Psychiatrischen Klinik Solothurn und das Gesundheitszentrum Grenchen (Angebot von Sprechstunden). Ausserdem betreiben wir seit Oktober 2012 in Däniken eine Gruppenpraxis. Die Erwachsenenpsychiatrie führt in Grenchen, Olten und Solothurn Ambulatorien, die Kinder- und Jugendpsychiatrie zusätzlich in Balsthal.

Rund um die Uhr im Einsatz – zum Wohle der Bevölkerung

Unsere Hauptaufgabe ist es, die medizinische Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung im Kanton Solothurn sicherzustellen, und zwar 24 Stunden am Tag an 365 Tagen im Jahr.

Im Jahr 2012 wurden in der soH 25'159 Patienten stationär und 136'327 Patienten ambulant behandelt. In den Frauenkliniken sind 1'177 Kinder geboren. Als Reaktion auf die steigenden Patientenzahlen in den Notfallstationen betreibt die soH, gemeinsam mit den Hausärzten der jeweiligen Region, je eine ambulante Notfallstation am Standort Solothurn und Olten. Für die psychiatrische Notfallversorgung führen die Psychiatrischen Dienste eine eigene Notfall- und Krisenambulanz auf dem Areal der psychiatrischen Klinik in Solothurn und dem Areal des Kantonsspital Olten.

Die soH als Arbeitgeberin

An den verschiedenen Standorten und in den zentralen Diensten arbeiten rund 3'400 Mitarbeitende aus den verschiedensten Berufsgruppen. Davon waren im Jahr 2012 397 Mitarbeitende in Ausbildung. Die Mitarbeitenden der soH sind dem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) des Kantons Solothurn unterstellt. An den Standorten Solothurn und Olten betreiben die soH Kinderkrippen, welche die professionelle Betreuung der Kinder berufstätiger Mitarbeitenden der soH übernehmen.

Die Standorte der soH:

Bürgerspital Solothurn
Schöngrünstrasse 42
4500 Solothurn

Kantonsspital Olten
Baslerstrasse 102
4600 Olten

Spital Dornach
Spitalweg 11
4143 Dornach

Psychiatrische Dienste
Weissensteinstrasse 102
4503 Solothurn

Weitere Informationen über die Solothurner Spitäler AG finden Sie auch auf unserer Website:

www.so-H.ch



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Wir garantieren unseren Patientinnen und Patienten hochstehende Qualität unserer Dienstleistungen und Sicherheit. Wir erbringen in allen angebotenen Bereichen qualitativ hochstehende Leistungen und streben mit kontinuierlichen Verbesserungsprozessen eine führende Position unter vergleichbaren Spitälern an. Wir machen unsere Anstrengungen transparent.

Konkret setzen wir dies um durch

- den Aufbau eines integrierten prozessorientierten Managementsystems, welches alle Aspekte der Unternehmensführung zusammenfasst.
- die Schaffung von schlanken, fächer- und standortübergreifenden sowie interprofessionellen Prozessen, die auf den Patienten fokussiert sind und die Abläufe diagnostischer und therapeutischer Massnahmen optimal unterstützen
- die kontinuierliche Optimierung dieser Prozesse und Strukturen.
- die Durchführung und Weiterentwicklung regelmässiger Ergebnisqualitätsmessungen
- das Anstreben der Zertifizierung von Angeboten, Strukturen und Prozessen in allen Bereichen

Als Grundlage für unser Qualitätsmanagement gelten die Vorgaben des ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) sowie die Richtlinien der SAMW (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften). Der ANQ organisiert jährlich unterschiedliche Schweiz weite Messungen, an denen die soH mit dem Ziel teilnimmt, sich jeweils in der ersten Hälfte der Spitäler zu positionieren.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

Integriertes Managementsystem

Schwerpunkt bildete auch weiterhin der Auf- und Ausbau eines soH-weiten, prozessbasierten Managementsystems. Die Arbeiten konzentrierten sich auf Bürgerspital Solothurn und die Psychiatrischen Dienste. Im Kantonsspital Olten haben die Arbeiten im Bereich des Dokumentenmanagements bereits einen hohen Level erreicht. Im Spital Dornach konnte das Projekt gestartet werden.

Patientensicherheit

Ein massgeblicher Beitrag zur Patientensicherheit wird weiterhin mit dem Fehlermeldesystem CIRS geleistet. Darin werden kritische Zwischenfälle erfasst, um Systemschwächen zu erkennen, Ursachen abzuklären und Massnahmen zur Fehlerverhinderung zu definieren.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

Auf- und Ausbau des integrierten Managementsystems

- Aufbau Dokumentenmanagement in allen Bereichen des Kantonsspital Olten
- Beginn der Arbeiten im Spital Dornach

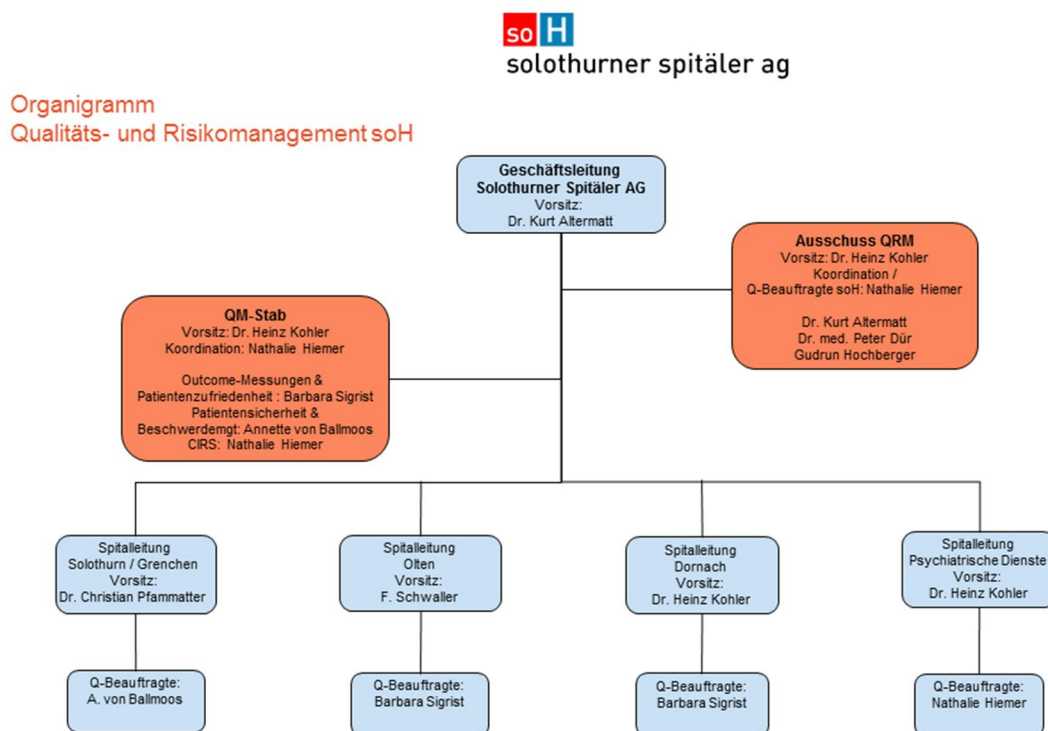
Durchführung von Ergebnis- und Patientenzufriedenheitsmessungen

- ANQ-Indikatoren Akutsomatik:
 - Potenziell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape
 - Potenziell vermeidbare Reoperationen mit SQLape
 - Postoperative Wundinfekten mit SwissNOSO
 - Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit LPZ
 - Nationale Patientenbefragung mit Kurzfragebogen
 - SIRIS Implantat-Register
- MECON Ausführliche Patientenzufriedenheitsbefragung Akutsomatik stationär
- ANQ-Indikatoren Psychiatrie (ab 01.07.2012)
 - Symptombelastung mittels HoNOS Adults
 - Symptombelastung mittels BSCL
 - Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Auf- und Ausbau des integrierten Managementsystem an den Standorten inkl. Behandlungspfade
- Abschluss, bzw. Weiterführung der Arbeiten im Bereich der zentralisierten Prozesse sowie an allen Standorten
Audit Managementsystem zentralisierte Prozesse und Kantonsspital Olten
- Durchführung eines externen Audits im Bereich der zentralisierten Führungs- und Supportprozesse sowie am Standort Olten
Konsolidierung CIRS
- Vereinfachung der bestehenden CIRS-Landschaft (verschiedene Meldesysteme)

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	355 Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Heinz Kohler *	032 627 11 11	heinz.kohler@spital.so.ch	Verantwortlicher Geschäftsleitung soH für Qualitäts- & Risikomanagement / Direktor PD & DO
Nathalie Hiemer	032 627 14 15	nathalie.hiemer@spital.so.ch	Qualitätsbeauftragte soH / PD
Barbara Sigrist	062 311 41 22	barbara.sigrist@spital.so.ch	Qualitätsbeauftragte KSO / DO
Annette von Ballmoos	032 627 30 54	annette.vonballmoos@spital.so.ch	Qualitätsbeauftragte BSS

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 → Solothurner Spitäler AG bzw. Standortname → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe		
☒	Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	Bürgerspital Solothurn (BSS) Kantonsspital Olten (KSO) Spital Dornach (DO) Psychiatrische Dienste (PD)

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	BSS**, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten; ** in Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten und Inselelspital
Allgemeine Chirurgie	BSS, KSO, DO	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	BSS, KSO, DO	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	BSS*, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	BSS, KSO, DO ⁺	⁺ In Zusammenarbeit mit Belegärzten, nur Gynäkologie
Handchirurgie	BSS, KSO, DO ⁺	⁺ In Zusammenarbeit mit Belegärzten
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	BSS, KSO, DO	
☒ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
☒ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
☒ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	BSS, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
☒ Geriatrie (Altersheilkunde)	KSO	

Angebote medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph- systems)	BSS, KSO, DO	
☒ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	BSS, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärz- ten
☒ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Bruderholz- spital
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen)	BSS, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärz- ten
☒ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	BSS*, KSO*, DO	*In Zusammenarbeit mit Inselspital und Kantonsspital Aarau
☒ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärz- ten
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	BSS, KSO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärz- ten
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs- organe)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärz- ten
Intensivmedizin	BSS, KSO	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	BSS	
Kinderchirurgie (Basisangebot)	BSS, KSO, DO	
Langzeitpflege	BSS, KSO, DO, PD	
Neurochirurgie	BSS, KSO, SD ⁺	*In Zusammenarbeit mit Belegärzten
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärz- ten
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	BSS*, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärz- ten
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	BSS, KSO, DO ⁺	*In Zusammenarbeit mit Belegärzten
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	BSS, KSO, DO ⁺	*In Zusammenarbeit mit Belegärzten
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)- kranker)	KSO	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärz- ten
Psychiatrie und Psychotherapie	PD	
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	BSS, KSO, DO	
Tropen- und Reisemedizin	BSS, KSO	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	BSS, KSO, DO	

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

Angebote therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	BSS, KSO, DO	
Ergotherapie	BSS, KSO, DO	
Ernährungsberatung	BSS, KSO, DO	
Logopädie	BSS, KSO, DO	
Neuropsychologie	BSS, PD	
Physiotherapie	BSS, KSO, DO	
Psychologie	PD, BSS, KSO	
Psychotherapie	PD	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	136'327	128'197	
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener	30	44	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	22'514	23'489	
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	1'177	1'148	
Geleistete Pflegetage	140'288	159'691	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	455	484	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.2	6.8	
Durchschnittliche Bettenbelegung	87.3%	87.3%	

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2012

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen	
Ambulant	23'722 (o.TK)	---	---	---
Tagesklinik	644	56	18.9	---

Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Geleistete Pflegetage
Stationär	156.3	1'780	28.9	51'360
Fürsorgerische Unterbringung bei Eintritt (unfreiwilliger Eintritt)	---	376	23.9	8'987

Hauptaustrittsdiagnose			
ICD-Nr.	Diagnose	Anzahl Patienten	In Prozent
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	198	11.3
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	391	22.3
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	318	18.1
F3	Affektive Störungen	401	22.8
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung	245	13.9
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	15	0.9
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	96	5.5
F7	Intelligenzminderung	22	1.3
F8	Entwicklungsstörungen	3	0.2
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	22	1.3
	Andere	46	2.6
	Total	1'711	100%

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2012

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte, Anzahl Pflēgetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient zu interpretieren?

- ① Die Anzahl Austritte und Anzahl Pflēgetage im Jahr 2012 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflēgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die 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 Pflēgetage geringere Austrittszahlen.

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 stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflēgetage
Muskuloskelettale Rehabilitation	BSS		143	3'861
Neurologische Rehabilitation	BSS		161	5'313

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten? NEIN

C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der 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	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Kardiovaskuläre Rehabilitation	BSS und KSO		317	Mehrere Sitzungen pro Woche, in der Regel 12 Wochen
Pulmonale Rehabilitation	BSS und KSO	72 Lektionen pro Patient	54	4 Kurse pro Jahr

C4-4 Personelle Ressourcen

Vorhandene Spezialisierungen	Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort)
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	BSS 1
Facharzt Neurologie	BSS 2.5, KSO 2
Facharzt Pneumologie	BSS 1, KSO 1
Facharzt Kardiologie	BSS 3, KSO1
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	KSO 1

- ❗ Spezifische Fachärzte sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte	Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort)
Pflege	Kann nicht eruiert werden
Physiotherapie	
Logopädie	
Ergotherapie	
Ernährungsberatung	
Neuropsychologie	

- ❗ Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften.

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2012	68	64	Aufenthalt am 31.12.2012
Geleistete Pflegetage	24'716	22'897	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	78	68	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	47.3	51.3	
Durchschnittliche Auslastung	100%	92%	

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

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Stationäre Patientenzufriedenheit Akutsomatik

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht.		
	Begründung		
☒	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
	☒	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Bürgerspital Solothurn

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	84.1	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit). Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Mess-themen.
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	85.6	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	85.2	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	81.4	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	83.4	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	79.3	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	84.2	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“

Kantonsspital Olten

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	86.1	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit). Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Mess-themen.
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	88.5	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	86.0	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	83.0	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	83.2	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	87.3	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	83.4	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“

Spital Dornach

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	87.1	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit). Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Mess-themen.
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	89.9	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	87.4	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	84.9	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	78.1	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	81.7	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	88.1	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“

Kommentar:

Auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse wird eine Detailanalyse vorgenommen und konkrete Massnahmen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit definiert und umgesetzt.

☐ Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Begründung

☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

☒ Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument			
☐ Picker	Name des Instruments		Name des Messinstituts	
☐ PEQ				
☐ MüPF(-27)				
☐ POC(-18)				
☐ PZ Benchmark				
☐ Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
	Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen BSS		683 Fragebogen		
Rücklauf in Prozent		31.2 %	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja
Anzahl vollständige und valide Fragebogen KSO		735 Fragebogen		
Rücklauf in Prozent		40.0 %	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja
Anzahl vollständige und valide Fragebogen DO		248 Fragebogen		
Rücklauf in Prozent		40.5 %	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja

Stationäre Patientenzufriedenheit Erwachsenenpsychiatrie

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht.		
	Begründung		
☒	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☒	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒	...nur an folgenden Standorten: Solothurn
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

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?	
☐	Nein, unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle. Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Name der Ansprechperson	Annette von Ballmoos
Funktion	Qualitätsbeauftragte BSS
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	032 627 30 54, annette.vonballmoos@spital.so.ch Montag – Donnerstag
Name der Ansprechperson	Barbara Sigrist
Funktion	Qualitätsbeauftragte KSO
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	062 311 41 22, barbara.sigrist@spital.so.ch
Bemerkungen	
Name der Ansprechperson	Brigitte Gehrig
Funktion	Stv. Direktorin Dornach
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	061 704 42 19, brigitte.gehrig@spital.so.ch
Bemerkungen	
Name der Ansprechperson	Nathalie Hiemer
Funktion	Qualitätsbeauftragte PD
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	032 627 14 15, nathalie.hiemer@spital.so.ch

D2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht.		
	Begründung		
☒	Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
	☒	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒	...nur an folgenden Standorten: Psychiatrische Dienste
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	90.36 %	100 % bedeutet eine maximale Zufriedenheit
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Zufriedenheit Kind Eltern	91.7 %	100 % bedeutet eine maximale Zufriedenheit
Zufriedenheit Jugend Eltern	89.7 %	100 % bedeutet eine maximale Zufriedenheit
☐	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☒	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	PoC-18	Name des Messinstituts
			CareMetrics
☐	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien	Alle Eltern von Patienten nach einem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik		
	Ausschlusskriterien	--		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		12		
Rücklauf in Prozent		33.3	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht.		
	Begründung		
☒	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	☐	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
	☒	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht.		
	Begründung		
☒	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	☐ Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.		
	☒ Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

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

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

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

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

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

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

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

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?					
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		☐ ...nur an folgenden Standorten:			
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:			
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:					2010
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Interpretation ²
Intern	Extern				
5.27 %	0.77 %	5.35 %	4.95 – 5.75 %	C	A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
Da die Daten der soH nicht auf die einzelnen Spitäler aufgeschlüsselt sind, sind Detailanalyse und Massnahmen erst in der nächsten Auswertung möglich.					
☐ Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.					
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					
Informationen für das Fachpublikum					
Auswertungsinstanz		Bundesamt für Statistik BFS ³			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)			
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.			
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		15'775			
Bemerkung					

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

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen.

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

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				2010
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Wertung der Ergebnisse ⁴
3.97 %	3.09 %	3.26 – 4.79 %	A	A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
☐ Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung				
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS ⁵			
Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)		
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).		
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		10'405		
Bemerkung				

⁴ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen.

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

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die innert 30 Tagen nach der Operation auftreten.

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

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

Bürgerspital Solothurn

Aktuelle Messergebnisse des Jahres: 2012				Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☒ Gallenblase-Entfernungen	164	9	5.5% (2.5-10.2)	1.2% (0.4-3.4)
☐ Blinddarm-Entfernungen				
☐ Hernieoperationen				
☒ Dickdarm (Colon)	115	14	12.2% (6.8-19.6)	8.3% (4.8-14)
☐ Kaiserschnitt (Sectio)				
☐ Herzchirurgie				
☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksporthesen		Da bei den Hüft- und Kniegelenksporthesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.		
☐ Erstimplantationen von Kniegelenksporthesen				
☐ Magenbypassoperationen (optional)				
☒ Rektumoperationen (optional)	16	1	6.3% (0.2-30.2)	0% (0-52.2)

⁶ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Kantonsspital Olten

Aktuelle Messergebnisse des Jahres: 2012				Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ¹ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☒ Gallenblase-Entfernungen	128	4	3.1% (0.9-7.8)	5.2% (2.8-9.0)
☐ Blinddarm-Entfernungen				
☐ Hernieoperationen				
☒ Dickdarm (Colon)	85	9	10.6% (5.0-19.2)	7.4% (3.6-14.4)
☐ Kaiserschnitt (Sectio)				
☐ Herzchirurgie				
☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen		Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.		
☐ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen				
☐ Magenbypassoperationen (optional)				
☒ Rektumoperationen (optional)	23	3	13.0% (2.8-33.6)	22.2% (6.4-47.6)

Spital Dornach

Aktuelle Messergebnisse des Jahres: 2012				Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ¹ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
☒ Gallenblase-Entfernungen	34	2	5.9% (0.7-19.7)	1.4% (0.3-7.5)
☐ Blinddarm-Entfernungen				
☐ Hernieoperationen				
☒ Dickdarm (Colon)	20	2	10% (1.2-31.7)	22.7% (12.8-37)
☐ Kaiserschnitt (Sectio)				
☐ Herzchirurgie				
☒ Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen		Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.		
☐ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen				
☐ Magenbypassoperationen (optional)				
☒ Rektumoperationen (optional)	4	1	25% (0.6-80.6)	0% (0-84.2)

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐	Die Messung 2012 ist noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum		
Auswertungsinstanz	SwissNOSO	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabelle mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)		BSS: 1'307, KSO: 1'102; DO: 353
Bemerkung		

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Präsentation und Diskussion der Ergebnisse	Sensibilisierung für das Thema, Aufmerksamkeit aufrecht halten	Ärztliche Gremien	04/2013 - 06/2013
Antibiotikaprophylaxe im Rahmen von „progress! Sichere Chirurgie“	Verabreichung zum richtigen Zeitpunkt	Anästhesie, Chirurgie	04/2013 - 12/2013

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ → in Arbeit

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

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

Informationen für das Fachpublikum			
Messinstitution	Berner Fachhochschule		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre). (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten	246	Anteil in Prozent (Antwortrate)	68.3
Bemerkung			

Stürze

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Bürgerspital Solothurn

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁸
5	In Prozent	4.8
☐	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung		

⁷ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Kantonsspital Olten

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁹
8	In Prozent	7.1	
☐ Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Spital Dornach

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ¹⁰
1	In Prozent	4	
☐ Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Aktionswoche Sturz- und Dekubitusmanagement	Auf Station zugeschnittene Vertiefung einzelner Themen	Alle	05 – 06/2013
Analyse und Diskussion der Resultate	Konkrete Massnahmen	Stationen mit Auffälligkeiten	07 – 12/2013

Dekubitus (Wundliegen)

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Bürgerspital Solothurn

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		2012	Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4		7	6.7%
	ohne Kategorie 1		2	1.9%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1		4	3.8%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1		1	1.0%

⁹ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

¹⁰ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	3	2.9%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	1	1.0%

Kantonsspital Olten

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		2012	Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4		9	8.0%
	ohne Kategorie 1		8	7.1%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1		3	2.7%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1		2	1.8%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1		6	5.3%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1		6	5.3%

Spital Dornach

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		2012	Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4		6	23.1%
	ohne Kategorie 1		3	11.5%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1		4	15.4%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1		2	7.7%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1		2	7.7%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1		1	3.9%

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐ Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Begründung

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Aktionswoche Sturz- und Dekubitusmanagement	Auf Station zugeschnittene Vertiefung einzelner Themen	Alle	05 – 06/2013
Analyse und Diskussion der Resultate	Konkrete Massnahmen	Stationen mit Auffälligkeiten	07 – 12/2013

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

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Bürgerspital Solothurn

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.93	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.77	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellen, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.78	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.94	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.32	0 = nie 10 = immer

Kantonsspital Olten

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.93	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.74	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellen, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.85	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.77	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.20	0 = nie 10 = immer

Spital Dornach

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.03	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.94	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellen, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.09	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.47	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.47	0 = nie 10 = immer

Bemerkungen	
Um eine fundierte Analyse der Patientenzufriedenheit zu ermöglichen, wird die Patientenzufriedenheit zusätzlich mit dem MECON-Fragebogen erhoben. Auf Grundlage der entsprechenden Ergebnisse werden die konkreten Massnahmen definiert.	
☐	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut	Dezentrales Messinstitut
☒ hcri AG	☐ hcri AG
☐ MECON measure & consult GmbH	☒ MECON measure & consult GmbH
	☐ ESOPE
	☐ NPO PLUS
	☐ Stevemarco sagl
	☐ QM Riedo

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2012 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	- Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.	
Anzahl angeschriebene Patienten BSS		730	
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten BSS		297	Rücklauf in Prozent 41
Anzahl angeschriebene Patienten KSO		630	
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten KSO		252	Rücklauf in Prozent 40
Anzahl angeschriebene Patienten DO		121	
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten DO		74	Rücklauf in Prozent 61

E2 ANQ-Indikatoren Psychiatrie

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

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

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Messung der Symptombelastung mittels HoNOS Adults	☒	☐	☐
Messung der Symptombelastung mittels BSCL	☒	☐	☐
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels EFM	☒	☐	☐
Bemerkung			

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

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

E2-1 Symptombelastung mittels HoNOS Adults

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie			
Bemerkung			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Anzahl der untersuchten Patienten vom 01.07.2012 bis 31.12.2012	687	In Prozent	88
Bemerkung	Als Berechnungsgrundlage werden die ärztlichen Fälle verwendet.		

E2-2 Symptombelastung mittels BSCL

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zum gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie			
Bemerkung			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Anzahl der untersuchten Patienten vom 01.01.2012 bis 31.12.2012	616	In Prozent	83
Bemerkung	Als Berechnungsgrundlage werden die ärztlichen Fälle verwendet.		

E2-3 Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie			
Bemerkung			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Anzahl der untersuchten Patienten Vom 01.07.2012 bis 31.12.2012	127	In Prozent	17
Bemerkung	Als Berechnungsgrundlage werden die ärztlichen Fälle verwendet.		

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

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

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Absolute Minimal Data Set - AMDS	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	2005	Alle
Acute Myocardial Infarction in Switzerland - AMIS Plus	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	2007	Alle
Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie - AQC	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2001	Alle
Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken - ASF	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	1983	Alle
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Seit Verordnung in Kraft	Alle
Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI - MDSi	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	2008	Alle
Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien - MIBB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch		BSS
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	2002	Alle
Schweizer Patientenregister für Duchenne Muskeldystrophie und Spinale Muskelatrophie	Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Medizin und Rehabilitation, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Kardiologie, Pneumologie	CHUV und Kinderspital Zürich www.asrim.ch	2010	Alle

Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases - SIOLD	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch	2003	Alle
Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch	1998	Alle
Bemerkung				



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
EN ISO/IEC 17025 / ISO 15189	Labor BSS / KSO	2009 / 2010	2011 BSS	KSO ISO 9001 zertifiziert 2003 - 2009
ISO 9001:2000 RQS GSASA	Spitalapotheke an allen Standorten	2010	--	KSO/AHB bereits seit 2003 ISO-zertifiziert
IVR (Interverband für Rettungswesen)	Rettungsdienst soH	2013 geplant	--	Rettungsdienste BSS / KSO zertifiziert seit 2008/2007
ISO 13485:2003	Zentralsterilisation BSS	2006	2009 / 2011	
QuaTheDA	Substitutionsgestützte Behandlungszentren PD	2009	2012	
Babyfriendly Geburtsklinik UNICEF	Frauenklinik BSS	2001	2006 / 2012	

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (EKAS)	Verbesserung der Arbeitssicherheit / Umsetzung Branchenlösung H+	Ganzer Betrieb	laufend
CIRS / CIRNET	Erfassen Beinahe-Fehler und Massnahmenableitung zur Erhöhung der Patientensicherheit	Ganzer Betrieb	laufend
Patientenrückmeldungen „Sagen Sie uns Ihre Meinung“	Niederschwellige Patientenrückmeldungen zur Optimierung der Zufriedenheit	Ganzer Betrieb	laufend
Auf- und Ausbau Managementsystem	Auf- und Ausbau eines integrierten prozessorientierten Managementsystems	Ganzer Betrieb	laufend
Elektronischer Berichtversand	Schnittstelle zu Zuweisern verbessern	Alle somatischen Standorte	07/2012 – 12/2013

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	Einführung / Ausbau Medikamenten-Etikettierung für Spritzen, Perfusoren und Stamm-lösungen	
Bereich	☐ internes Projekt	☒ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Einheitliche Medikamentenbeschriftung für Spritzen & Infusionen mittels farbkodierter Etiketten nach Stoffklassen um die Inzidenz von Medikamentenverwechslungen zu reduzieren. Vermeiden von Umlernen beim Spital-/Abteilungswechsel insbesondere der Facharztanwärter in den Weiterbildungsspitalern.	
Beschreibung	In den meisten Spitälern bestehen eigene Strategien / Massnahmen, um das Risiko von Medikamentenverwechslungen zu reduzieren wie insbesondere die klare Kennzeichnung von Medikamenten mittels farbkodierter Etiketten. Diese unterschiedlichen Strategien können die Gefahr einer Medikamentenverwechslung erhöhen, wenn unterschiedliche Etiketten für das gleiche Medikament verwendet werden. Unter dem Aspekt der Personalrotation / Personalfluktuation sollte diese Gefahrenkomponente eliminiert oder zumindest stark reduziert werden. Die medizinischen Fachgesellschaften empfehlen deshalb auch die Einhaltung der entsprechenden ISO Norm 26825/2007 (Farbzuordnung für Wirkgruppen) und der Standards der Deutschen Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Unter diesem Aspekt habe sich die Chefärzte des Anästhesieverbundes Nordwestschweiz zu einer entsprechenden Projektgruppe zusammengeschlossen.	
Projektablauf / Methodik	Als Grundlage für die Projektarbeiten dienten die bestehenden Konzepte der Spitäler Olten, Solothurn und Baden. Darauf aufbauend wurde die Einführung der Farbkodierung nach Stoffklassen flächendeckend beschlossen. Etikettengrundlage bilden die Wirkstoffnamen. Nach einer Bestandsaufnahme wurde ein Masteretikettenkatalog für alle verwendeten Medikamente definiert. Das Layout wurde vereinheitlicht ebenso wie Konzentrationsangaben. Unter dem Lead des USB wurde ein Vertrag mit einem Etikettenhersteller geschlossen. Sämtliche Etiketten können damit durch die Spitäler unter einer definierten Bestellnummer angefordert werden und sind jederzeit verfügbar. Um die Gefahren der Umstellung zu minimieren, wurde die Einführung per Deadline definiert. Sämtliche betroffenen Mitarbeitenden wurden an Fortbildungsveranstaltungen informiert.	
Einsatzgebiet	☒ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	Nordwestschweizer Anästhesie-Verbund (USB, KSA, KSB, KS Liestal, KS Bruderholz, KSO, BSS)	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
Einsatzgebiet	☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	Primär Anästhesie-, Intensiv- und Notfallabteilungen	
Involvierte Berufsgruppen	Pharmazeuten, Anästhesiepflege, Ärzte Anästhesie- & Intensivmedizin	
Projektevaluation / Konsequenzen	Das Projekt konnte erfolgreich implementiert werden. Auch Bettenstation beziehen mittlerweile für die von ihnen verwendeten Wirkstoffe die neuen Etiketten. Als nicht ganz einfach hat sich für die Mitarbeitenden die Umstellung von Handelsnamen auf Wirkstoffklassen erwiesen. Aus diesem Grund wurde zusätzlich eine Korrelations-tabelle eingeführt. Das im Rahmen des Projektes mit der ERMED AG umgesetzte Etikettenkonzept steht mittlerweile anderen Spitälern und Kliniken kostenlos zur Verfügung.	
Weiterführende Unterlagen		

Der Auf- und Ausbau des integrierten Managementsystems einschliesslich der Implementierung interdisziplinärer Behandlungspfade schreitet zunehmend zügig voran und wird in den nächsten Jahren die ganze Solothurner Spitäler AG umfassen.

Schnittstellenklärung, Optimierung und soweit möglich Standardisierung unterstützen die Effizienz und erhöhen die Patientensicherheit. Nachvollziehbar dokumentierte und für jedermann zugängliche Abläufe vermitteln insbesondere neuen Mitarbeitenden Sicherheit über die Behandlungsabläufe und sorgen dafür, dass die Patienten einen möglichst reibungslosen Spitalaufenthalt erleben.

Das Audit eines ersten Teils des Managementsystems wird noch bestehende Lücken aufzeigen und ein erster Schritt hin zu einem permanenten Verbesserungskreislauf auch auf dieser Ebene sein.

Daneben wird das Fehlermeldesystem CIRS auch in Zukunft als wichtiges Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit dienen und ein wesentlichen Pfeiler auf dem Weg hin zu einer lernenden Organisation bleiben. Ein entsprechender Systemausbau wird sowohl die einfache Erfassung und damit auch eine weitere Erhöhung der Meldungszahlen unterstützen wie auch die Bearbeitung und Ableitung von Massnahmen.

Die Solothurner Spitäler AG unterstützt die Entwicklung von fundierten Qualitätsvergleichen und kommuniziert die erreichten Ergebnisse transparent. Die Ausschöpfung des vorhandenen Optimierungspotenzials geht damit einher.