



Psychosomatik
Psychiatrie
Psychotherapie

Klinik SGM Langenthal

Weissensteinstrasse 30
4900 Langenthal



Psychiatrie



Rehabilitation

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

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

Grundlegende Hinweise

Unser Leistungsangebot umfasst das gesamte Spektrum psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen wie zum Beispiel Angststörungen, Depressionen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen, akute und länger andauernde Belastungsreaktionen, Essstörungen und anderes mehr. Frauen und Männer mit Drogen- und Alkoholproblemen, fremd gefährdendem Verhalten sowie mit erheblichen hirnorganischen Einschränkungen können nicht aufgenommen werden.

Im Jahre 2010 wurden 302 stationäre, 74 tagesklinische und 590 ambulante Patienten behandelt. In der Klinik SGM Langenthal sind rund 110 Mitarbeitende angestellt, die 69.5 Vollzeitstellen abdecken. Der Qualitätsausschuss besteht aus der Klinikleitung mit allen Bereichsleitern und dem nicht therapeutischen Qualitätsbeauftragten. Das Qualitätskonzept wurde am 13.11.2008 vom Stiftungsrat genehmigt.

Erfassung und Auswertung kritischer Situationen 2010 (CIR)

Im Jahr 2010 wurden 29 kritische Situationen bei 25 Patienten = 6,6 % aller Fälle (Vorjahr 5.3 %) gemeldet.

Probleme mit Medikamenten gab es dieses Jahr 6x.

Tätlichkeiten gegenüber Mitarbeitern wurde 2x registriert und 2x mussten Patienten polizeilich gesucht werden.

Per FFE wurden 2 Patientinnen wegen Selbst- oder Fremdgefährdung in eine andere psychiatrische Klinik verlegt.

1 Meldung erfolgte aufgrund einer Sachbeschädigung und 3 aufgrund von risikovollem Verhalten. 4x passierte ein Unfall mit Verletzungsfolgen.

Es fanden 9 notfallmässige Verlegungen in ein somatisches Spital statt.

Im Jahr 2010 wurden keine Meldungen wegen der folgenden Ereignisse erstattet:

- Tätlichkeiten gegenüber Mitpatientinnen
- Zwangsmassnahmen
- Austritte gegen ärztlichen Rat
- Suizidversuche

Bei einer Mitarbeiterin kam es zu einer Nadelstichverletzung ohne negative Folgen.

Abteilung für Qualitätssicherung und Diagnostik (AQSD)

Die AQSD befasst sich mit der Qualitätssicherung im therapeutischen Bereich. Mittels eines selbst entwickelten Programms (XPsy) wird eine systematische Ergebnisevaluation durchgeführt und in Form von Quartals- und Jahresberichten dokumentiert. Sie dient der kontinuierlichen Optimierung des Behandlungskonzeptes und der Therapieergebnisse (Qualitätszirkel). Auch die Erhebung der Patientenzufriedenheit (PoC18) ist in unser Programm integriert. Das ermöglichte eine direkte Gegenüberstellung der Patientenzufriedenheitsdaten mit den Aussagen der Therapeuten zu den Behandlungsergebnissen.

Pro 2009 wurde auch ein Benchmark aus den Ergebnissen des Patientenfragebogens PoC18 mit rund 12 Psychiatrie-Kliniken erstellt. In der Gesamtbewertung belegten wir den 2. Platz (Vorjahr 6. Platz). Pro 2010 liegt dieser noch nicht vor.

Hygiene in Küche, Cafeteria und Hausdienst

Im Berichtsjahr fand eine externe Inspektion der Küche betreffend Einhaltung der Vorschriften der Lebensmittelgesetzgebung statt. Es gab 3 kleine Beanstandungen, die noch während der Inspektion behoben werden konnten.

Pandemie-Vorsorge

Unter der Leitung von Urs Ellenberger wird die Vorsorge für die Klinik SGM Langenthal laufend überprüft. Pandemiepläne liegen vor. Die Mitarbeiter werden regelmässig geschult und setzen die beschlossenen Hygienemassnahmen für Patienten, Besuchende und Mitarbeitende um. Sowohl vom H1N1- als auch vom Noro-Virus oder von einer Grippeepidemie blieben wir verschont.

Mitarbeiter-Umfrage

Im 2010 wurde die alle zwei Jahre fällige Mitarbeiterumfrage durchgeführt, die bereichsspezifischen Ergebnisse mit allen Kadern diskutiert und entsprechende Massnahmen daraus abgeleitet. Ein Teil der Jahresziele sind Folge der dabei herausgearbeiteten Schwachstellen.

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz mit Notfallorganisation

Die gesamte Dokumentation ist gemäss den aktuellen H+ Vorgaben auf dem neuesten Stand. Unser Sicherheitsbeauftragter besucht regelmässig die von H+ angebotenen Schulungen. Unser Personal wurde an vier Terminen gestaffelt in dieses Thema inkl. Brandschutz und Brandbekämpfung eingeführt. Im Jahre 2011 findet eine Überprüfung von Seite der Volkswirtschaftsdirektion des Kantons Bern (beco) statt. Ein Vorgespräch hat im Jahr 2010 bereits stattgefunden.

Arbeitsbedingungen

Die Überprüfung der Arbeitsbedingungen durch das beco im November 2010 ergab die weitgehend bekannten Schwachstellen, insbesondere bei den Arbeits-/Ruhezeiten der Ärzte und bei den Pikettdiensten. Der Bericht verlangt eine Umsetzung der rechtlichen Bedingungen bis im Dezember 2011. Im Jahr 2011 wurde zu diesem Zweck ein Projekt gestartet.

Langenthal, 24. Mai 2011

Nicht therapeutischer Qualitätsbeauftragter

Timon Spörri

B**Qualitätsstrategie****B1 Qualitätsstrategie und -ziele**

Gegenseitige Unterstützung und vernetztes Arbeiten über alle Abteilungen hinweg.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

Mitarbeit in den Projekten ANQ und Psysuisse.
Ausbau KIS (digitales Krankenhaus-Informationssystem).

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

Einführung digitale Krankenakte.
Überarbeitung Notfall-Organisation.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Weiter-Entwicklung der KIS Teilprojekte Verordnungs-Prozess, Terminplanung.

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, nämlich:

Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt **90** Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. René Hefti	062 919 22 34	rene.hefti@klinik-sgm.ch	KL-Mitglied, Chef Arzt
Timon Spörri	062 919 22 15	timon.spoerri@klinik-sgm.ch	Leiter nicht therapeutische QS

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

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik	Langenthal Langenthal	

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 / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Ergotherapie	Langenthal	
Physiotherapie	Langenthal	
Psychologie	Langenthal	
Psychotherapie	Langenthal	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,			
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			
Anzahl stationär behandelter Patienten,			
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene			
Geleistete Pflage tage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Bettenbelegung			

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2010

Kennzahlen ambulant

	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant	590	---	---	---
Tagesklinik	74	15		---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflegetage
stationär	24	204	43	8'820

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2010

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte und Anzahl Pflegetage zu interpretieren?

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflegetage** 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 Pflegetage) 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 Pflegetage geringere Austrittszahlen.

Angebotene stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Anzahl Austritte	Geleistete Pflegetage
Psychosomatische Rehabilitation	Langenthal	87	3'860

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- 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.

In anderen Spitälern / Kliniken: Eigene externe Angebote		Stationär	ambulant
keine		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)	
SRO, Langenthal	Intensivstation in akutsomatischem Spital	2 km	
	Notfall in akutsomatischem Spital	2 km	
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet		

C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der **Tageskliniken** (ambulante Rehabilitation)

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

- i 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 & Patient	Anzahl Fälle	Bemerkungen

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- i Spezifische Facharztstitel sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- i Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von der Pflegetätigkeit 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 Geriatrie / Innere Medizin	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Langenthal
Facharzt Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/> ja	Langenthal

Diplomierte, rehaspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation	2	1.8

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2010			
Geleistete Pflegetage			
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.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<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 checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<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 checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Stationär, Tagesklinik

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	83.6 %	Durchschnittswert PoC18, Soll-Wert von 80 % gut erreicht.
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Stationär	82.7 %	Weitere Details sind dem Bericht unserer Abteilung AQSD 2010 auf H+ qualité zu entnehmen
Tagesklinik	84.5 %	
<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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> POC(-18)				
<input checked="" type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Ergebnis-Messung mit validierten Instrumenten für die Bereiche Patienten-zufriedenheit, Symptom-Verbesserung, interpersonelle Probleme, existentielle Erfüllung, Religiosität und therapeutische Beziehung.			
Einschlusskriterien				
Ausschlusskriterien				
Rücklauf in Prozenten	57 %	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	VCRD-Sekretariat, Pappelweg 46, 3006 Bern
Name der Ansprechperson	
Funktion	
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	031 333 73 35
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.

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.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<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 checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	2.2	Bewertungsskala von 1-6 (1 = bestes Ergebnis)
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 checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Basis FEO	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Basis FEO ergänzt mit spezifischen Fragen der Klinik		
Einschlusskriterien				
Ausschlusskriterien				
Rücklauf in Prozenten		97 %	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.

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

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spital-Austritts. 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. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?

Nein, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape

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 für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?

Nein, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.

In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)

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). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“) |

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen. Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ). |
|-------------------------------------|---|

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze		
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
<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:
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
0	0	0	
<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 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:	CIRS
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)		
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
<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:
Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
0	0		
<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 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:	CIRS
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitseinschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Es waren keine Massnahmen nötig	

<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 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: CIR
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

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 type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	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).
<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:
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	
Was wird gemessen?	

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 type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	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).
<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:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
H+ Rahmen-Vertrag Arbeitssicherheit (EKAS)	Gesamt-Klinik	2002	2008	
QUALAB	Labor	2003	2010	

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, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
KIS (digitales Krankenhaus Informationssystem)	Standardisierte Verlaufsdocumentation, elektronische Medikation	Gesamt-Klinik	2008-2011
Patienten-Befragung: Ergebnis-Messung Therapie und Küche	mit validierten Instrumenten für Patienten-Zufriedenheit, Symptom-Verbesserung, interpersonelle Probleme, existentielle Erfüllung, Religiosität, therapeutische Beziehung.	Gesamt-Klinik.	aktiv
CIR: Erfassung und Auswertung kritischer Situationen	Statistik, Besprechung und Massnahmen-Auswertung	Gesamt-Klinik	aktiv
Röntgen	Strahlenschutz	Gesamt-Klinik	aktiv
Labor	Qualab für verlässliche Labor-Ergebnisse	Gesamt-Klinik	aktiv
Beschwerde-Management	Konsequentes Lernen aus Fehlern	Gesamt-Klinik	aktiv
Risk-Management mit unserem Versicherungsbroker Swissbroke	Gewährleistung optimale Versicherungsdeckung	Gesamt-Klinik	aktiv
IKS mit Risikobeurteilung	Risiken erkennen und bewerten	Gesamt-Klinik	aktiv
Analyse unserer Prozesse	Schlankere Prozesse	Gesamt-Klinik	aktiv
Vereinheitlichung Formulare	Bessere Übersicht	Gesamt-Klinik	aktiv
SIGE H+ Branchenlösung	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamt-Klinik	aktiv
EKAS H+ Branchenlösung	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamt-Klinik	aktiv
Mitarbeiter-Befragung	Erfassung Organisationsklimas (FEO), 88 Items alle 2 Jahre Bereichsspezifische	Gesamt-Klinik	aktiv

	Diskussion der Ergebnisse mit allen Kadern Erarbeitung entsprechender Massnahmen		
--	--	--	--

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	XPsy		
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)	
Projektziel	Kontinuierliche Optimierung des Behandlungskonzeptes und der Therapieergebnisse (Qualitätszirkel). Erhebung der Patientenzufriedenheit (PoC18) mit demselben Programm.		
Beschreibung	Mittels eines selbst entwickelten Programms (XPsy) wird eine systematische Ergebnisevaluation durchgeführt und in Form von Quartals- und Jahresberichten dokumentiert. Gearbeitet wird mit validierten Instrumenten für Patienten-Zufriedenheit, Symptom-Verbesserung, interpersonelle Probleme, existentielle Erfüllung, Religiosität und therapeutische Beziehung. Das ermöglichte eine direkte Gegenüberstellung der Patientenzufriedenheitsdaten mit den effektiven Behandlungsergebnissen. Die mittels XPsy u.a. von den Patienten direkt am Bildschirm eingegebenen PoC18 Daten (Perception of Care PoC-18) werden auch extern von der Firma Caremetrics GmbH, Bronschhofen ausgewertet.		
Projektablauf / Methodik			
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?		
		
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb		
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?		
		
Involvierte Berufsgruppen	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?		
		
Projektelevaluation / Konsequenzen			
Weiterführende Unterlagen			

F Schlusswort und Ausblick

Weitere Informationen und Auswertungen aus unserem digitalen Patienten-Befragungs-System ersehen Sie aus dem Bericht unserer Abteilung für Qualitätssicherung und Diagnostik (AQSD). Link auf unserer Homepage www.klinik-sgm.ch oder über das Qualitäts-Portal H+ qualité.

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 Spitätern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Handbuch H+qualität[®] wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Q**ualitätsmonitoring **B**asel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualität[®] mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen.

Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch <http://www.anq.ch>