

Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+

Version 7.0



Akutsomatik



Psychiatrie

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

Freigabe am: 12.05.2014
durch: Spitaldirektion

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

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

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

Zielpublikum

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

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	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013	2
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	3
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
C1	Angebotsübersicht	5
C2	Kennzahlen 2013	7
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2013	8
D	Zufriedenheitsmessungen	9
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	9
D2	Angehörigenzufriedenheit	11
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	11
D4	Zuweiserzufriedenheit	12
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	12
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik	12
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	13
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	14
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit Swischnoso	15
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	17
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2013 in der Akutsomatik	20
E1-7	SIRIS Implantatregister	21
E2	Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie	22
E2-1	Erwachsenenpsychiatrie.....	23
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013	25
F1	Infektionen (andere als mit Swischnoso)	25
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	27
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	28
F6	Weiteres Messthema	29
G	Registerübersicht	31
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	33
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	33
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	33
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	37
I	Schlusswort und Ausblick	38

A

Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 der SRO AG wertvolle Informationen liefern zu können.

Das Leistungsangebot der SRO AG umfasst ein Akutspital am Standort Langenthal sowie zwei Gesundheitszentren an den Standorten Hutwil und Niederbipp. Der Rettungsdienst deckt von den Standorten Langenthal, Madiswil und Niederbipp das gesamte Einzugsgebiet der SRO AG ab. Das Leistungsangebot der Gesundheitszentren umfasst vorwiegend ambulante Dienstleistungen sowie Sprechstunden durch Spezial- und Hausärzte.

Das Akutspital Langenthal ist im Kliniksystem organisiert. Das Leistungsangebot umfasst folgende Kliniken: Anästhesiologie, Chirurgie, Frauenklinik, Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie und Radiologie.

Seit dem 1. Dezember 2013 ist die stationäre Psychiatrie ins Akutspital Langenthal integriert. Auf zwei Pflegestationen werden insgesamt 34 stationäre Betten betrieben.

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

Im Jahr 2013 wurden in der SRO AG folgende stationäre Fälle behandelt:

	2013
M100 Innere Medizin	3'126
M200 Chirurgie	3'412
M300 Gynäkologie und Geburtshilfe	1'407
M500 Psychiatrie und Psychotherapie	130
M600 Ophthalmologie	3
M700 Oto-Rhino-Laryngologie	199
Total	8'277

Darüber hinaus wurden 49'340 ambulante Patienten in den Einrichtungen der SRO AG behandelt.

Die SRO AG beschäftigte im Berichtsjahr 1'026 Mitarbeitende in 783 Vollzeitstellen.

Weitere Informationen zum Leistungsangebot der SRO AG sind auf der Homepage, unter www.sro.ch, abrufbar.

Der Geschäftsbericht 2013 der SRO AG ist über folgenden Link abrufbar:

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

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätspolitik der SRO AG

- Jeder Mitarbeitende ist für die Qualität seiner Arbeit verantwortlich und strebt danach sich kontinuierlich zu verbessern.
- Jeder Vorgesetzte ist verantwortlich, dass seine Mitarbeitenden für die Qualität ihrer Arbeit verantwortlich gemacht werden können. Er sorgt dafür, dass sie die nötige Aus- und Weiterbildung, die richtigen Arbeitsmittel, klare Aufträge und Zielsetzungen erhalten und dass die Ergebnisse gemessen und beurteilt werden.
- Einzelne, klar definierte Leistungen sollen bezüglich Qualität nach einheitlichen Standards gemessen werden, so dass ein Vergleich mit andern Spitälern möglich ist. Die Resultate dienen der Qualitätskommission und der Spitaldirektion zu erkennen, wo die Prioritäten für Qualitätsverbesserungsprojekte liegen. Zu den wiederkehrenden Messungen gehört die Erfragung der Patientenerurteile.
- Die Spitaldirektion ist verantwortlich, dass durch organisatorische und weitere Massnahmen die Vorgesetzten in die Lage versetzt werden, in ihrem Verantwortlichkeitsbereich die Leistungen so mit ihren Mitarbeitenden erbringen zu können, dass sie von den Leistungsempfängern als gut beurteilt werden.
- Die Spitaldirektion setzt eine Qualitätskommission ein. Die Qualitätskommission ist so zusammengesetzt, dass sie fachlich so kompetent ist, dass sie für den Gesamtbetrieb Qualitätsfragen beurteilen kann und in der Lage ist, Verbesserungsprojekte zu begleiten und zu überwachen.
- Die Spitaldirektion setzt einen Qualitätsverantwortlichen ein, der im Gesamtbetrieb die Koordination aller Qualitätsprojekte sicherstellt, den Qualitätsprojektgruppen Unterstützung bietet und für die Behandlung auftretender Fragen zur Qualität in der Leistungserbringung zuständig ist. Er ist stimmberechtigtes Mitglied der Qualitätskommission.
- Die Qualitätskommission setzt die Qualitätsprojektgruppen ein, die mit klarem Auftrag erkannte Schwachstellen angehen und Verbesserungsmaßnahmen erarbeiten und umsetzen. Die Qualitätsprojektgruppen stehen unter der Leitung eines Projektleiters. Sie setzen sich aus verantwortlichen Mitarbeitenden der betroffenen Bereiche zusammen. Sie bearbeiten insbesondere auch die Schnittstellenproblematik zwischen den Bereichen. Die Spitaldirektion setzt eine unabhängige Stelle zur Bearbeitung spitalinterner Meldungen/Beschwerden sowie eine Beschwerdestelle für externe Meldungen ein. In einer Verordnung werden Aufgaben und Kompetenzen sowie die Aufsicht über diese Stelle geregelt.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

Im Berichtsjahr 2013 bildete die Rezertifizierung der Akutsomatik nach sanaCERT suisse den Hauptschwerpunkt im Qualitätsmanagement. Die SRO AG erreichte im Rezertifizierungsaudit 29 von 32 mögliche Punkte. Erstmals zertifiziert wurde der Standard Rettungsdienst, welcher auf Anhieb Bestnote erreichte.

Weiter wurde im Berichtsjahr eine neue Vorlage zur Abbildung der interdisziplinären Behandlungspfade erarbeitet. Die Behandlungspfade der Klinik für Chirurgie wurden bereits überarbeitet und in die neue Vorlage überführt.

Das Qualitätsprojekt Palliative Betreuung konnte abgeschlossen werden. Die SRO AG bietet Betten für die Betreuung palliativer Patienten an und das gesamte interdisziplinäre Behandlungsteam wurde in der Thematik geschult.

Das Managementsystem wurde weiter ausgebaut und um ein Kennzahlen Dash Board erweitert.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

Kundenperspektive

Umsetzung des neuen Beschwerdemanagementprozesses mit Standardisierung des Rückmeldeformulars und quartalsweiser Auswertung pro Klinik

Prozessperspektive

Erfolgreiche Rezertifizierung sanaCERT

Einführung der neuen Vorlage für interdisziplinäre Behandlungspfade

Erarbeitung der Checkliste „sichere Operation SRO“

Ausbau Managementsystem und Aufbau Kennzahlen Dash Board

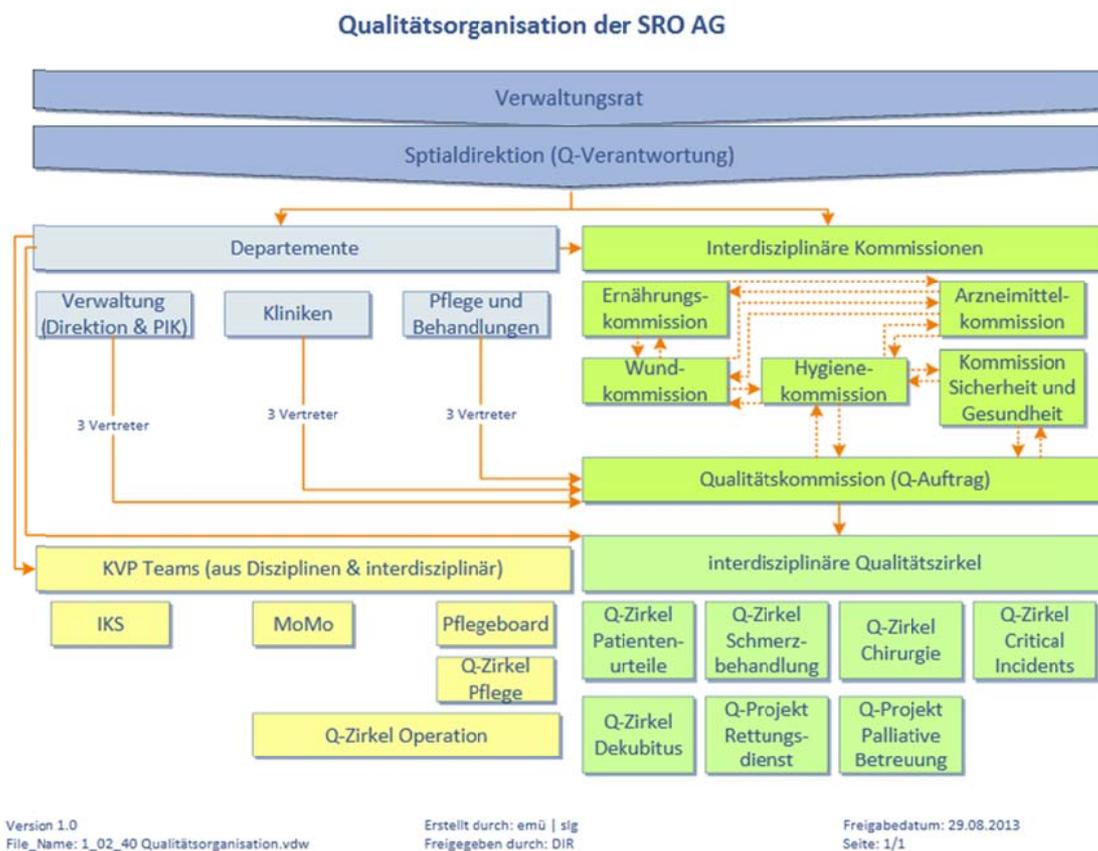
Lern- und Entwicklungsperspektive

Schulung interdisziplinäres Behandlungsteam in palliativer Betreuung
 Durchführung verschiedener interner Schulungen zu den sanaCERT Standards.
 Einführung Schulung aller neu eintretenden Mitarbeitenden in folgenden Themen: Managementsystem, CIRS, PDCA-Kreislauf, Indikationen und korrekte Durchführung der Händehygiene

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Neupositionierung CIRS: Erarbeitung eines neuen Konzeptes und Implementierung eines neuen IT Tools
- Einführung der interdisziplinären Behandlungspfade in allen Kliniken der SRO AG
- Überarbeitung der bestehenden Qualitätsorganisation mit Integration der Themen Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Weiterentwicklung der sanaCERT Standards und Prüfung der Ablösung etablierter Standards durch neue Standards

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	160 % Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Sandra Lambroia Groux*	+41 62 916 32 93	s.lambroia@sro.ch	Q-Beauftragte, Vorsitzende Q-Kommission, Klinikmanagerin
Evelyn Müller	+41 62 916 35 07	ev.mueller@sro.ch	Fachfrau Qualitätsmanagement
Dr. Andreas Kohli	+41 62 916 35 10	a.kohli@sro.ch	Q-Verantwortlicher, Direktor
Sibylle Allenbach	+41 62 916 32 92	s.allenbach@sro.ch	Mitglied Q-Kommission, Pflegeexpertin
Claudia Graf	+ 41 62 916 32 00	c.graf@sro.ch	Mitglied Q-Kommission, Departementsleiterin Pflege und Behandlungen
Dr. med. Thomas Künzi	+41 62 916 32 29	t.kuenzi@sro.ch	Mitglied Q-Kommission, stv. Chefarzt Innere Medizin
Dr. med. Dominik Lüdi	+41 62 959 67 45	d.luedi@sro.ch	Mitglied Q-Kommission, stv. Chefarzt Chirurgie
Dr. med. Manuel Moser	+41 62 916 43 47	m.moser@sro.ch	Mitglied Q-Kommission, stv. Chefarzt Psychiatrie
Nadine Präg	+41 62 916 35 15	n.praeg@sro.ch	Mitglied Q-Kommission, Bereichsleiterin Patientenaufnahme
Peter Sterki	+41 62 916 32 40	p.sterki@sro.ch	Mitglied Q-Kommission, Ressortleiter Akutpflege

*Hauptansprechperson

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

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

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

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Spital Langenthal → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe				
<input checked="" type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	und folgendem Angebot:		
		Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
	Langenthal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Huttwil, Niederbipp, Herzogenbuchsee	ambulante Dienstleistungen		

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie	LAN, NIE, HUT	
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>	LAN	
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>		
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>	LAN, HUT	
Medizinische Genetik <i>(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)</i>		
Handchirurgie	LAN, NIE	
Herzgefässchirurgie		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	LAN, NIE, HUT	
<input type="checkbox"/> Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- und Lymphgefässen)</i>	LAN	Belegärztin
<input type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>	LAN	
<input type="checkbox"/> Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>	LAN, NIE	
<input type="checkbox"/> Geriatrie <i>(Altersheilkunde)</i>	LAN	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymph- systems)	LAN	
<input type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		
<input type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	LAN	
<input type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauf- erkrankungen)	LAN, NIE	Belegärzte
<input type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	LAN	in Zusammenarbeit mit Inselspital
<input type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	LAN	
<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	HUT	Belegarzt (manuelle Medizin)
<input type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungs- organe)	LAN	
Intensivmedizin	LAN	
Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Kinderchirurgie	LAN	
Langzeitpflege	NIE, HUT, HER	Tochtergesellschaft dahlia oberoargau ag
Neurochirurgie	LAN	Belegärzte
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nerven- systems)	LAN	Belegarzt
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	LAN	Belegarzt
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	LAN, NIE	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	LAN	Belegärzte
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	LAN	Konsiliarärzte
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)- kranker)	LAN	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	LAN, NIE	
Psychiatrie und Psychotherapie	LAN, NIE, HUT	
Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)	LAN, NIE	
Thoraxchirurgie (Operationen an der Lunge, im Brustkorb und- raum)	LAN	
Tropen- und Reisemedizin	LAN	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	LAN	Belegarzt

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

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

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

http://www.sro.ch/ueber-SRO/Jahresberichte.aspx		
Bemerkung		
Kennzahlen Akutsomatik 2013		
Kennzahlen	2013	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten	49'340	
Anzahl stationär behandelter Patienten	8'147	
davon Anzahl stationärer gesunder Neugeborener	540	
Geleistete Pflegetage	40'861	Pflegetage nach Swiss DRG ohne Säuglinge
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.12	163	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5.37	
Durchschnittliche Bettenbelegung	68.7 %	

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2013

Kennzahlen ambulant			
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen
Ambulant	2'228	---	---
Tagesklinik	121	14 Rehab TK 12 Akut TK 26 Plätze total	50 Tage bei total abgerechneten 6'050 Tagen

Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Geleistete Pflegetage
Stationär	16	161	36.5	5'889
Fürsorgereische Unterbringung bei Eintritt (unfreiwilliger Eintritt)	---			

Hauptaustrittsdiagnose			
ICD-Nr.	Diagnose	Anzahl Patienten	In Prozent
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	120	4.90
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	131	5.35
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	313	12.78
F3	Affektive Störungen	833	34.01
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung	806	32.91
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	14	0.57
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	187	7.64
F7	Intelligenzminderung	22	0.90
F8	Entwicklungsstörungen	2	0.08
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	21	0.86
	Total	2'449	100.00



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 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.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
1. Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.05	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
2. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.85	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
3. Wenn Sie Fragen an einen Arzt oder eine Ärztin stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.87	0 = nie 10 = immer
4. Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.04	0 = nie 10 = immer
5. Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.39	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	keine Publikation
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/>	Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments	Patientenzufriedenheitsmessung ANQ	Name des Messinstituts
<input type="checkbox"/>	PEQ			
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/>	POC(-18)			
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark			
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument			

Beschreibung des Instruments				
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Austritt zwischen dem 01.09 und 30.09.2014 - stationärer Aufenthalt von mindestens 24 Stunden - Alter \geq 18 zum Austrittszeitpunkt		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		236 retournierte Fragebogen		
Rücklauf in Prozent		45.5 %	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 .
Bezeichnung der Stelle	„Ihre Meinung interessiert uns“
Name der Ansprechperson	Sandra Lambroia Groux
Funktion	Qualitätsbeauftragte, Klinikmanagerin
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Die Fragebogen werden allen stationären Patienten mit der Eintrittsbroschüre abgegeben. Zudem liegen an verschiedenen Stellen Fragebogen auf. Der Fragebogen kann auch online ausgefüllt werden, er ist über die Homepage, www.sro.ch , abrufbar. Weiter können Beschwerden telefonisch, +41 62 916 31 31, oder per Mail info@sro.ch kommuniziert werden.
Bemerkungen	Wir verweisen im Übrigen auf die kantonale Ombudsstelle www.ombudsstelle-spitalwesen.ch

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
<p>Alle Patientenrückmeldungen werden zentral erfasst und kategorisiert. Zu den Beschwerden nimmt der Führungsverantwortliche des zuständigen Bereichs Stellung. Die Beantwortung erfolgt in Absprache mit dem Qualitätsmanagement. Positive Rückmeldungen werden den verantwortlichen Personen zur Kenntnisnahme und Kommunikation im Bereich weitergeleitet. Quartalsweise werden die Patientenrückmeldungen ausgewertet und kommuniziert. Die Auswertung wird nach Klinik und Station segmentiert.</p> <p>Wo immer möglich werden Verbesserungen zur Steigerung der Patientensicherheit und –zufriedenheit umgesetzt. Beispielsweise:</p>			
Ablauf bei Todesfall	Zuständigkeiten und Nahtstellen nach Todesfall sind im interdisziplinären Behandlungsteam geklärt Angehörige fühlen sich informiert und gut betreut Bedürfnisse verschiedener Religionen sind dem Behandlungsteam bekannt	Akutsomatik Notfall Patientenadministration Seelsorge Prosectur	2013
Freundlichkeit Mitarbeiter	Sensibilisierung aller Mitarbeitenden in den Themen Kundenorientierung und Freundlichkeit zur Steigerung der Patientenzufriedenheit	SRO AG	2013-2014
Dezentrale Aufnahme	Vereinfachung Aufnahmeprozess für Patientent Kürzere Wartezeiten Single point of contact	Ambulante Angebote	2013-2014

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 Angehörigen-zufriedenheit 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 die Angehörigenzufriedenheit nicht .
Begründung	Die Angehörigen Zufriedenheit wird nicht systematisch erfasst. Angehörige gelangen über das Formular „Ihre Meinung interessiert uns“ sowie telefonisch oder per Mail ans Qualitätsmanagement. Die Rückmeldungen von Angehörigen werden als solche erfasst.

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .
Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	Das Befragungsinstitut hat mehrere Spitäler gleichzeitig befragt. Bei der Datenverwaltung ist dem Institut jedoch ein Fehler unterlaufen, so dass keine korrekte Zuteilung der Daten zu den einzelnen Spitälern erfolgen kann. Aus diesem Grund kann das Institut keine verlässliche Datenauswertung präsentieren. Die SRO AG muss deshalb auf die interne und externe Präsentation der Ergebnisse verzichten.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument

Name des Instruments	Mitarbeiterbefragung hcri	Name des Messinstituts	hcri
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instruments			

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?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014

E

Nationale Qualitätsmessungen ANQ

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 der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

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

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

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:			
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swissnoso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.ang.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?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" 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:

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: 2011				
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ² A, B oder C
Intern	Extern			
4.41 %	0.65 %	5.18 %	4.72-5.64 %	B
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen .				
<input type="checkbox"/> 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 auswertbare Austritte		5'280
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. Diese Fälle sollten analysiert werden.

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 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

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?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Spital Langenthal
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr: 2011			
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis ⁴ A, B oder C
2.65 %	2.41 %	2.07-2.74 %	B
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input checked="" type="checkbox"/> Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist nicht abgeschlossen .			
<input type="checkbox"/> 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 auswertbare Operationen	3'439	
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. Diese Fälle sollten analysiert werden

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 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

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. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr.

Ab dem 1. Oktober 2013 erfassen alle Spitäler, die Appendektomien durchführen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, auch postoperative Wundinfektionen. Die Ergebnisse erhalten die Spitäler und Kliniken im März 2015.

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

Informationen für das Fachpublikum					
Auswertungsinanz	Swissnoso				
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt?					
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	Spital Langenthal	
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Chirurgie, Orthopädie	
Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen			%		% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen			%		% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Hernienoperationen	230	2	0.87 %	0.1-3.2	1.3 % (0.3-3.7)
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	57	12	21.1 %	11.4-33.9	21.2% (11.1-34.7)
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			%		% ()
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)			%		% ()
<input type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)			%		% ()
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

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.

Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2013 (1. Oktober 2012 – 31. September 2013) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall ⁷ CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie					
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen	104	2	1.92%	0.2-6.8	1.18 % (0-6.4)
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen					
Wertung der Ergebnisse					
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung					

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv	
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Ausschlusskriterien Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.
Bemerkung	Die neue Operationstechnik mit ventralem Zugang hat zu einer nachvollziehbaren Steigerung der postoperativen Infektionsrate geführt.

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Wundverschluss Orthopädie	Verminderung Infektionsrisiko	Implantation Hüftgelenksprothesen	2013
Desinfektion vor Hüfteingriffen	Verminderung Infektionsrisiko	Implantation Hüftgelenksprothesen	2013
Verbandtechnik nach Hüfteingriffen	Verminderung Infektionsrisiko	Implantation Hüftgelenksprothesen	2013
Überprüfung der Medikation	Vermeidung von Medikamenten, die eine Wundheilungsstörung verursachen	Implantation Hüftgelenksprothesen	2013
Überarbeitung Hygiene-richtlinien im OP Bereich	Verminderung des Risikos einer nosokomialen Infektion	Akutsomatik	2013-2014
Antibiotikaprophylaxe	1. Mindestens 70 % aller Patienten erhalten präoperativ Antibiotika 2. Zeitpunkt der präoperativen Antibiotikagabe optimieren	Colonchirurgie	2013-2014

⁷ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁸ 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

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 2013 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Spital Langenthal
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Deskriptive Messergebnisse 2013			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁹	
4	In Prozent	5.3 %	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre) - Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		79	Anteil in Prozent (Antwortrate) 75.2 %
Bemerkung			

⁸ 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.

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

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Sturzscreening	Identifikation von sturzgefährdeten Patienten durch Anwendung einer Skala zur Risikoeinschätzung	Akutsomatik	2013
Stopper Socken	Abgabe von Stopper Socken an verwirrte Patienten zur Sturzprävention	Akutsomatik	2014
Kinästhetik Refresher	Anleitung Patienten optimieren	Akutupflege	2013
Sturzrisikoabklärung seitens Physiotherapie	Früherkennung sturzgefährdeter Patienten, Einleitung von Präventivmassnahmen	Akutsomatik	Daueraufgabe

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.

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Spital Langenthal
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	4	5.1 %
	ohne Kategorie 1	0	0 %
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	1	1.3 %
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0 %
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	3	3.9 %
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0 %

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten \geq 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		79	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) 75.2 %
Bemerkung			

Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Schulung „Beratung, Anleitung und Instruktion in der Pflege“	Optimale Unterstützung und Information von Patienten und Angehörigen	Akutupflege	2013
Audit Standard 28	Überprüfung der korrekten Anwendung der bestehenden Hilfsmittel	Akutupflege	2013 ff

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 2013 in der Akutsomatik

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

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

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

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall ¹⁰ CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.05	8.81	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.85	8.64	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.87	8.62	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.04	8.82	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.39	9.21	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

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 2013 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Im Spital verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Anzahl angeschriebene Patienten	519		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	236	Rücklauf in Prozent	45.5 %
Bemerkung			

¹⁰ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-7 SIRIS Implantatregister

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

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

Messergebnisse
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch
Bemerkung

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft und Knieimplantate
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben
Bemerkung		

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO)

E2 Nationale Qualitätsmessungen in der 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 Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet. Zusätzlich werden freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben, insofern eine Klinik solche einsetzt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Erwachsenenpsychiatrie			
Symptombelastung mittels HoNOS Adults (Fremdbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung mittels BSCL (Selbstbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels EFM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

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

National vergleichende Messergebnisse
Der nationale Vergleichsbericht Outcome (Messungen 2013) wird im Herbst 2014 auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie

E2-1 Erwachsenenpsychiatrie

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung)
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Bemerkung		

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

Symptombelastung mittels HoNOS Adults

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

Klinikindividuelle Ergebnisse 2012			
HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹¹	Maximal mögliche Verbesserung
0.11	0.14	- 48 Punkte	+ 48 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Erhebungszeitraum: 01.07.2012 bis 31.07.2012 Gültige N: 41			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Daten 2013

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 01.01.2013 bis 31.12.2013		79
Bemerkung Bei 8 der 79 Patienten kam es zu einem Drop-out. 9 der 79 Patientenbogen fehlten.		

Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie

¹¹ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOS auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 12 symptombezogenen HoNOS- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Symptombelastung mittels BSCL

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

Klinikindividuelle Ergebnisse 2012			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹²	Maximal mögliche Verbesserung
0.7	0.15	- 212 Punkte	+ 212 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Erhebungszeitraum: 01.07.2012 bis 31.07.2012 Gültige N: 37			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Daten 2013

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 01.01.2013 bis 31.12.2013		79
Bemerkung Bei 27 der 79 Patienten kam es zu einem Drop-out. 8 der 79 Patientenbogen fehlten.		

Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht:
www.anq.ch/psychiatrie

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. Diese sollten selten und nur gut begründet und v.a. unter zwingender Beachtung der nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie gerontotypische Sicherheitsmassnahmen wie Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen
National vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: www.anq.ch/psychiatrie
Deskriptive Angaben zur Erhebung finden sich im Kapitel F4.
Keine FFE-Patienten in den Jahren 2012 und 2013

¹² Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim BSCL auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht der Patientin resp. des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient bei Eintritt in seiner Selbsteinschätzung komplett ohne Symptome eintritt und bei Austritt in seiner Selbsteinschätzung bei allen 53 symptombezogenen BSCL-Fragen eine totale Verschlechterung eingetreten ist. „+ 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient in der Selbsteinschätzung bei Klinikeintritt maximal symptombelastet ist und sich bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Verbesserungsaktivitäten in der Erwachsenenpsychiatrie

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Umsetzung Versorgungsplanung	Optimierung der psychiatrischen Versorgung im Oberaargau gemäss Planungsbericht an die GEF	Ganzer psychiatrischer Dienst	Ab 2014, abgewartet wird noch differenzierteres Feedback dazu von der GEF
Psychotherapieforschung Ambulatorien	Monitorisierung der Behandlungsqualität der ambulanten Therapie anhand von sitzungswisen Feedbackfragebogen der PatientInnen und TherapeutInnen, wissenschaftliche Auswertung hinsichtlich Wirksamkeit	Ambulatorium PD SRO	2013- mindestens 2014, weitere Fortsetzung geplant, Finanzierung muss immer wieder neu gesucht werden
Therapieerfolgsmessung Tagesklinik (CGI)	Messung der Verbesserung des Zustands im Laufe der Behandlung	Tageskliniken	permanent
Seitenwechsel	Verbesserung der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit durch 2xjährlicher Besuch eines anderen Bereichs	Gesamter psychiatrischer Dienst	2014, Fortsetzung geplant
Fallbesprechungen	In jedem Bereich werden schwierige Situationen in Fallbesprechungen im Team unter Leitung einer Kaderperson besprochen	Alle Bereiche (Ambulatorien, Tageskliniken, Stationäre Dienste) für sich	Standard
PatientInnenrat PD SRO	Sicht der Betroffenen sollen an die Klinikleitung im Rahmen von Projekten gelangen	Ganzer Dienst SRO	2013, permanent
Schwerpunkt Arbeitsreintegration Tageskliniken	Neukonzeptionierung der Behandlungen in den Tageskliniken mit Fokus auf die erfolgreiche Arbeitswiederaufnahme bzw. Finden eines geeigneten Arbeitsplatzes	Tageskliniken	2014 intensiv, dann vom Projektstatus in Dauerzustand



Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013

F1 Infektionen (andere als mit Swissnoso)

Messthema	Infektionen (andere als mit Swissnoso)
Was wird gemessen?	Pävalenzstudie nosokomiale Infektionen nach snip07 (swiss nosocomial infection prevalence study 2007)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Spital Langenthal
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Akutsomatik

Messergebnisse	
Infektionen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Infektionsrate von 6.7 %	

<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
	Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013

<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Universitätsspital Basel, Spitalhygiene

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Einschluss aller Patienten, die am Studientag auf den eingeschlossenen Abteilungen eingeschrieben sind für eine Hospitalisation von mehr als 24 Stunden.
	Ausschlusskriterien	Psychiatrie, Ophthalmologie, ORL Kinder
Anzahl tatsächlich untersuchte Patienten		89
Bemerkung		

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Spital Langenthal
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Akutsomatik

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
153	63 %	37 %	
<input type="checkbox"/> Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Sturzprotokoll	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten
	Ausschlusskriterien	Wöchnerinnen
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		153 (2012: 180)
Bemerkung		

Vgl. Kapitel E1-4

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Spital Langenthal
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Akutsomatik ohne Geburtshilfe

Messergebnisse		
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
56	27 (Vorjahr 39)	Prävalenz: 0.42 %
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013		
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments: Meldeformular Dekubitus
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: Einschätzung nach Norton Skala

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten \geq 18 Jahre
	Ausschlusskriterien	Wöchnerinnen
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		
Bemerkung		

Vgl. Kapitel E1-4

F6 Weiteres Messthema

Messthema	Händehygiene
Was wird gemessen?	Händehygiene-Compliance

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?

<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	Spital Langenthal
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Akutsomatik

Messergebnisse

Händehygiene-Compliance		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamtcompliance 79 %		Vorjahreswert 76 %	
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013

<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Standardisiertes Protokoll der Swiss Hände Hygiene Campagne (SHHC)

Messthema	Patientenzufriedenheit im Rettungsdienst
Was wird gemessen?	Unzufriedenheitsindex der vom Rettungsdienst behandelten Patienten in den Bereichen Information, Menschlichkeit, Fachwissen, Arbeitsweise, Schmerzbehandlung

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 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 checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Rettungsdienst

Messergebnisse

		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamteindruck sehr gut:	81.3 %	0.5 % entspricht der Aussage einer Person.	
Gesamteindruck gut:	17.4 %		
Gesamteindruck mittelmässig:	0.5 %		
Gesamteindruck schlecht:	0.5 %		
Gesamteindruck sehr schlecht:	0.5 %		
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patienten des Rettungsdienstes
	Ausschlusskriterien	Krankentransporte GCS < 14 NACA ≥ 6 Alter < 15 Jahre Patienten mit Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenintoxikation
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		229
Bemerkung		An Patienten mit Wohnsitz im Ausland wurde kein Fragebogen verschickt.

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Freundlichkeit	Freundlichkeit der Mitarbeitenden wird von Patienten positiver erlebt	Rettungsdienst	2014
Überarbeitung Schmerzkonzept	Verbesserung der Patientenzufriedenheit in den Bereichen Wahrnehmung des Schmerzes durch Mitarbeiter Rettungsdienst und Wirksamkeit der Schmerztherapie	Rettungsdienst	2014



Registerübersicht

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

Nimmt der Betrieb an Registern teil?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil.
	Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.

Registerübersicht ¹³				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	Ja Seit Beginn	LAN, HUT, NIE
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	Ja Seit Beginn	LAN
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	Ja	
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	Ja	
SBCDB Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch		Brustzentrum Aare meldet in ein deutsches Register
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	Ja Seit 2011	
SOL-DHR Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - www.lebendspende.ch/de/verein.php	Ja Seit 2002	
SRROAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrgap.ch	Ja Seit Beginn	

¹³ Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/service/forum/medizinische_register.cfm
 Qualitätsbericht 2013 V7.0 Seite 31
 SRO AG | Spital Langenthal

SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch	Ja Seit 2011	
SwissNET Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET swissnet.net	Ja Seit 2013	
Krebsregister	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Krebsregister Bern	Alle	www.krebsregister.unibe.ch	Ja Seit 2014	

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
sanaCERT suisse	Akutsomatik	2010	2013	
IVR-Anerkennung	Rettungsdienst	2010	2011	nächste Rezertifizierung 2014
SGI-anerkannte IS	Intensivstation		2013	
Qualab	Labor	1986		Teilnahme an folgenden obligatorischen externen Ringversuchen: 1. Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle CSCQ (Klinische Chemie, Hämatologie, Hämostase, Urin- und Punktatanalytik) 2. Blutspendedienst Bern (Immunhämatologie, Infektionsmarker) 3. Verein für medizinische Qualitätskontrolle (Mikrobiologie)

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Qualitätsmanagement	Kontinuierliche Qualitätsentwicklung und –sicherung. Steuerungsorgan ist die Qualitätskommission, welche repräsentativ für die ganze SRO AG zusammengesetzt ist. Sie ist verantwortlich für die Erarbeitung und Umsetzung der Qualitätspolitik der Unternehmung.	SRO AG	Daueraufgabe
Q-Zirkel Erhebung von Patientenurteilen	1. Das Spital führt eine Erhebung von Patientenurteilen durch. 2. Bei dieser Erhebung stehen Elemente im Zentrum, welche das ärztliche und/oder pflegerische Handeln im Spital betreffen. 3. Das Spital hält fest, wie die mittelfristige Strategie zum Gegenstand "Befragung von Patientinnen und Patienten" angelegt ist. 4. Die Erhebung ist so konzeptualisiert, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Bedeutung von Patientenurteilen nachvollziehen können.	Akutsomatik	Daueraufgabe

<p>Q-Zirkel Infektionsprävention und Spitalhygiene</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das Spital hat die Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene so dokumentiert, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter diese entsprechend ihrer bzw. seiner Funktion nachvollziehen kann. 2. Für bestimmte Zeiträume werden Ziele der Infektionsprävention und Spitalhygiene bestimmt. Arbeits- und Zeitpläne zeigen auf, wie diese Ziele zu erreichen sind. 3. Die Zielerreichung wird jährlich gemessen. 4. Die Hygienekommission ist repräsentativ zusammengesetzt. Das Fachteam Hygiene ist zuständig für alle operationellen Belange. 5. Mitglieder der Hygienekommission und des Fachteams haben Fortbildungsveranstaltungen in diesem Bereich besucht. 6. Mit aussen stehenden Fachpersonen im Bereich der Infektionsprävention und Hygiene besteht so Kontakt, dass sie bei Bedarf um Rat und Unterstützung angegangen werden können. 	<p>SRO AG</p>	<p>Daueraufgabe</p>
<p>Q-Zirkel Schmerzbehandlung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das Spital besitzt Handlungsanleitungen zur Schmerzbekämpfung (akuter und chronischer Schmerz). 2. Die Umsetzung dieser Handlungsanleitungen wird beim Pflegepersonal, bei den Ärztinnen und Ärzten und auch bei Patientinnen und Patienten überprüft. 3. Die Resultate aus der Überprüfung der Umsetzung werden kommuniziert, und wenn nötig werden die Handlungsanleitungen angepasst. 	<p>Akutsomatik</p>	<p>Daueraufgabe</p>
<p>Q-Zirkel Chirurgie</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abklärung und Behandlung orientieren sich an Guidelines oder, wo solche fehlen, an klinikinternen Handlungsrichtlinien. 2. Pflegende arbeiten prä-, intra- und postoperativ mit Pflegestandards und Handlungsrichtlinien. Die Einhaltung der Pflegestandards und Handlungsrichtlinien wird überprüft. 3. Vor operativen und anderen invasiven Eingriffen werden die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige über die Diagnose, den voraussichtlichen Verlauf mit oder ohne Behandlung, die Behandlungsmöglichkeiten, die möglichen Komplikationen und Risiken und die verwendeten Hilfsmittel informiert. 4. Vor der Einleitung der Narkose, vor der ersten chirurgischen Intervention und bevor der Patient bzw. die Patientin den Operationssaal verlässt, überprüft das Team mittels einer Checkliste, was zu einer Gefährdung des Patienten bzw. der Patientin führen könnte. 5. Im Team finden Besprechungen von aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen etc. statt. Diese Besprechungen erfolgen berufs- und fachübergreifend und werden moderiert und protokolliert. 6. Die Chirurgische Klinik führt ein Monitoring ausgewählter Indikatoren für die Leistungsqualität durch. 	<p>Chirurgie</p>	<p>Daueraufgabe</p>

<p>Q-Zirkel Umgang mit kritischen Zwischenfällen (CIRS)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das Spital umschreibt, was unter kritischen Zwischenfällen zu verstehen ist. 2. Ein Konzept legt fest, wie das Spital kritische Zwischenfälle vermeidet bzw. bewältigt. Es umfasst Regeln und Unterlagen für die Meldung von kritischen Zwischenfällen. 3. Das Konzept ist umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft. 4. Mitarbeitende und Spitalleitung besprechen regelmässig die eingetretenen kritischen Zwischenfälle und erarbeiten Massnahmen zu ihrer Vermeidung und Bewältigung. 	<p>Akutsomatik</p>	<p>Daueraufgabe</p>
<p>Q-Zirkel Rettungsdienst</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Rettungsdienst verfügt über ein Konzept, in welchem festgelegt ist, wie Patientinnen und Patienten fachtechnisch korrekt gerettet, medizinisch versorgt und betreut werden. Grundlage für die Erarbeitung des Konzepts sind die Bestimmungen über die Anerkennung von Rettungsdiensten des IVR. 2. Das Konzept regelt die Zuständigkeiten, die Koordination und Zusammenarbeit mit den Partnern der Rettungskette im Einzugsgebiet und die Übergabe der Patientinnen und Patienten an die weiter versorgende Einrichtung. 3. Rettung und Betreuung achten die Würde und Integrität der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. 4. Im Konzept sind Weiterbildung des Teams und fachliche und psychologische Debriefings berücksichtigt. 	<p>Rettungsdienst</p>	<p>Daueraufgabe</p>
<p>Q-Zirkel Dekubitusvermeidung und -pflege</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das Dekubitusrisiko wird innert 6 Stunden anhand der Norton Skala und einer klinischen Beurteilung durch die Pflegenden bei allen Patienten durchgeführt, welche die klinikinternen Kriterien erfüllen. Anhand derselben Kriterien, so wie bei einer Veränderung der Situation wird eine Neubeurteilung des Dekubitusrisikos durchgeführt. 2. Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung. Sie werden über die geplanten Massnahmen zur Vermeidung informiert und wirken nach Möglichkeit an deren Umsetzung mit. 3. Risikovermindernde Massnahmen, neu entstandene Dekubitus, Behandlung, Verlauf und Heilung werden dokumentiert. Prophylaxe, Therapie und Pflege orientieren sich an für das gesamte Spital verbindlichen Handlungsrichtlinien. 4. Ärztinnen, Ärzte, Pflegende und weitere beteiligte Mitarbeitende sind in der Lage, das Dekubitusrisiko einzuschätzen, verfügen über aktuelles Wissen zur Entstehung, Vermeidung und Heilung von Dekubitus und kennen ihre Kompetenzen zur Dekubitusbekämpfung. 5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen und die Messergebnisse werden periodisch von den Ärzten, Ärztinnen, Pflegenden und weiteren beteiligten Mitarbeitenden gemeinsam beurteilt. 	<p>Akutsomatik</p>	<p>Daueraufgabe</p>

Q-Zirkel Akutpflege	Die Pflegequalitätsverantwortlichen der Stationen erarbeiten gemeinsam mit der Pflegeexpertin Hilfsmittel und Massnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität. Die Pflegequalitätsverantwortlichen der Stationen führen neue Massnahmen ein und unterstützen die Teams. Sie kontrollieren die Umsetzung der Massnahmen stichprobenweise.	Akutpflege	Daueraufgabe
---------------------	--	------------	--------------

Unter der Leitung von:

- Qualitätsmanagement: Sandra Lambroia Groux
- Erhebung von Patientenurteilen: Susanne Sommerhalder
- Infektionsprävention und Spitalhygiene: Dr. Reto Laffer
- Schmerzbehandlung: Dr. Wojciech Syrynski
- Chirurgie: Dr. Dominik Lüdi
- Umgang mit kritischen Zwischenfällen: Dr. Hanspeter Vogt
- Rettungsdienst: Elmar Rollwage, Thomas Giger
- Dekubitusvermeidung und –behandlung: Sibylle Allenbach
- Q-Zirkel Akutpflege: Sibylle Allenbach

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein CIRS?
Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.
Bemerkung	CIRS wurde im Jahr 2007 eingeführt. Im Jahr 2014 wird das bestehende Konzept grundlegend überarbeitet.

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Palliative Betreuung	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	1. Patienten mit einer unheilbar fortschreitenden schweren Erkrankung ohne Aussicht auf entscheidende Besserung mit deutlich eingeschränkter Lebenserwartung werden nach dem Konzept „Palliative Betreuung“ behandelt und betreut. 2. Mitarbeitende sind in der Lage, palliative Situationen zu erkennen und entsprechend zu handeln. 3. Angehörige werden in den Prozess einbezogen. 4. Mitarbeitende werden in der Begleitung dieses Patienten unterstützt.	
Beschreibung	Interdisziplinäres Projektteam unter der Leitung der leitenden Ärztin Onkologie und der Pflegeexpertin erstellen Konzept zur Betreuung von palliativen Patienten und deren Angehörigen im Akutspital. Neben dem Prozess wurden 48 Dokumente erstellt und intern geschult, die im Zusammenhang mit der palliativen Betreuung anzuwenden sind. Dabei wurde unterschieden zwischen „allgemeinen Informationen“, „Symptomen“ und „ergänzenden Themen“. An zwei Schulungsveranstaltungen wurden sämtliche Mitglieder des interdisziplinären Behandlungsteams geschult.	
Projekttablauf / Methodik	Orientierung an den normativen Grundlagen von sanaCERT suisse zum Standard Nr. 7: Onkologie	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	Spitex, Hausärzte	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	Spital Langenthal	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	Auf einer medizinischen Station steht ein Bettenkontingent zur Betreuung von palliativen Patienten zur Verfügung. Das Personal aller Stationen ist in palliativer Betreuung geschult, so dass palliative Patienten grundsätzlich auf allen Stationen betreut werden können.	
Involvierte Berufsgruppen	Pflegeexpertin, stationäre Pflege, ambulante Pflege Onkologie, Ärzte Innere Medizin, Onkologie, Psychiatrie, Chirurgie und Schmerztherapie, Seelsorge, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialdienst, Ernährungsberatung	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Messung der Umsetzung Interdisziplinärer Erfahrungsaustausch zum Umgang mit dem Konzept palliative Betreuung Messung des Anteils Patienten, welche im Programm Palliative Betreuung aufgenommen wurden im Verhältnis zur Anzahl der im SRO verstorbenen Patienten und Kommunikation an interdisziplinären Rapporten Auswertung der Aufenthaltsdauer von Patienten im Programm Palliative Betreuung Auswertung der Austrittsart von Patienten im Programm Palliative Betreuung Messung der Wirkung Befragung von Pflegenden, welche mit dem Programm Palliative Betreuung in Kontakt kamen	
Weiterführende Unterlagen	Broschüre Stationäre Palliative Betreuung im Spital Langenthal www.palliative.ch	

Qualität bedeutet, das Richtige zu tun, wenn keiner zuschaut.

Willy Meurer (*1934), deutsch-kanadischer Kaufmann,
Aphoristiker und Publizist

Mit diesem Zitat von Willy Meurer dankte die Qualitätskommission allen Mitarbeitenden für ihr grosses Engagement im Rahmen der Rezertifizierung sanaCERT, welche mit einem sehr guten Resultat abgeschlossen werden konnte.

Die Mitglieder der Qualitätskommission setzen sich in interdisziplinären und interprofessionellen Teams für eine stetige Verbesserung der Qualität unserer Behandlungen und Dienstleistungen ein.

Getragen werden diese Bemühungen von unseren Mitarbeitenden, welche in ihrem herausfordernden beruflichen Alltag die Qualitätsstandards umsetzen und so die Sicherheit unserer Patienten sowie eine hervorragende Behandlungsqualität sicherstellen. Unsere Mitarbeitenden bilden die Basis für unsere Bemühungen zur Steigerung der Qualität und Patientenzufriedenheit.

In diesem Sinn wird sich die Qualitätskommission der SRO AG weiterhin für eine kontinuierliche Verbesserung einsetzen.

Langenthal, 1. Mai 2014, die Qualitätskommission

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.



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

Siehe auch: www.anq.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen, Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Messenschaft (SvMS) der Berner Gesellschaft für Qualitätssicherung (BSGS) und der Schweizerischen Gesellschaft für Qualitätssicherung (SGQ). Die Begleitmassnahmen Qualitätssicherung (SvMS) und Qualitätssicherung (BSGS) sind ebenfalls in der Vorlage der verwendeten, aktualisierten H+ Vorlage.