



SRO AG, St. Urbanstrasse 67, Postfach, 4901 Langenthal

		
Akutsomatik	Psychiatrie	Langzeitpflege

Qualitätsbericht 2009

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

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	6
C1	Kennzahlen Akutsomatik	6
C2	Kennzahlen Psychiatrie	6
C4	Kennzahlen Langzeitpflege	6
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	7
D1	Zufriedenheitsmessungen	7
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	7
D1-2	ambulante Patientenzufriedenheit Radiologie	8
D2	ANQ-Indikatoren	9
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	9
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	10
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	11
D5	KIQ-Pilotprojekte	12
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	12
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	13
E1	Pflegeindikatoren	13
E1-1	Stürze	13
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	13
F	Verbesserungsaktivitäten	14
F1	Vorbereitung für Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	14
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	16
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	16
Siehe F1F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte (max 3 Seiten)	16
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte (max 3 Seiten)	17
G	Schlusswort und Ausblick	21
H	Impressum	22



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

Im Jahr 2009 wurden in der SRO AG folgende Fälle behandelt:

Austritte stationär	2009
M100 Innere Medizin	3'670
M200 Chirurgie	3'243
M300 Gynäkologie und Geburtshilfe	1'340
M500 Psychiatrie und Psychotherapie	167
M600 Ophthalmologie	0
M700 Oto-Rhino-Laryngologie	218
Total	8'638

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

Spital Langenthal

Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Anästhesie, Urologie (Nieren-, Blasen- und Prostatachirurgie), Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Ophthalmologie (Augenheilkunde), Sportmedizin, Kardiologie (Herz- und Kreislaufmedizin), Pneumologie mit Bronchoskopie (Lungenkrankheiten), Gastroenterologie mit Endoskopieabteilung (Magenspiegelungen, Dickdarmspiegelungen), Onkologie (Krebsbehandlungen), Angiologie, Neurologie

Intensivstation (IPS)

Psychiatrische Abteilung, Ambulatorium und Tagesklinik, Mobile Kriseninterventionsstation, Notfall-Triage

24-Std-Notfallstation, Tagesklinik, Ambulatorium, Standort für Ambulanzfahrzeuge

Röntgendiagnostik mit Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRI), Ultraschalldiagnostik und Angiographie (Gefässdarstellungen), PTA (Ballon Dilatation peripherer Gefässe), Hämodialysestation (künstliche Niere), Labor, Knochendensitometrie

Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialdienst, Ernährungs- und Diabetesberatung, Hygieneberatung

AIDS-Beratung, Stomaberatung, Familienberatungsstelle, Logopädie

Gesundheitszentrum Huttwil

Arztpraxen für: Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Phlebologie, Sportmedizin

Endoskopiedienst (Magenspiegelungen), Wundambulatorium

Wohnen und Pflege im Alter

Ambulatorium, Standort für Ambulanzfahrzeuge

Röntgen, Ultraschalldiagnostik, Labor, Knochendensitometrie

Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialdienst, Ernährungs- und Diabetesberatung, Hörberatung, Psychiatrische Dienste, Gynäkologisches Ambulatorium

Spital Niederbipp

Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Psychiatrische Kriseninterventionsstation, Anästhesie, Kardiologie (Herz- und Kreislaufmedizin), Pneumologie, Gastroenterologie mit Endoskopieabteilung (Magenspiegelungen, Dickdarmspiegelungen), Onkologie (Krebsbehandlungen)

Wohnen und Pflege im Alter

24-Std-Notfallstation, Tagesklinik, Ambulatorium, Standort für Ambulanzfahrzeuge

Röntgen, Ultraschalldiagnostik und Echokardiographie (Herzultraschall), Labor, Knochendensitometrie, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialdienst, Ernährungs- und Diabetesberatung

PanoramaPark Herzogenbuchsee

Wohnen und Pflege im Alter

Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialdienst

Die SRO AG beschäftigte im Berichtsjahr 1221 Mitarbeitende in 882 Vollzeitstellen.



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

- Jeder Mitarbeitende ist für die Qualität seiner Arbeit verantwortlich und strebt danach sich kontinuierlich zu verbessern.
- Jeder Vorgesetzte ist verantwortlich, dass seine Mitarbeitenden für die Qualität ihrer Arbeit verantwortlich gemacht werden können. Er sorgt dafür, dass sie die nötige Aus- und Weiterbildung erhalten, die richtigen Arbeitsmittel, klare Aufträge und Zielsetzungen erhalten und dass die Ergebnisse gemessen und beurteilt werden.
- Einzelne, klar definierte Leistungen sollen bezüglich Qualität nach einheitlichen Standards gemessen werden, so dass ein Vergleich mit andern Spitälern möglich ist. Die Resultate dienen der Qualitätskommission und der Spitaldirektion zu erkennen, wo die Prioritäten für Qualitätsverbesserungsprojekte liegen. Zu den wiederkehrenden Messungen gehört die Erfragung der Patientenurteile.
- Die Spitaldirektion ist verantwortlich, dass durch organisatorische und weitere Massnahmen die Vorgesetzten in die Lage versetzt werden in ihrem Verantwortlichkeitsbereich die Leistungen so mit ihren Mitarbeitenden erbringen zu können, dass sie von den Leistungsempfängern als gut beurteilt werden.
- Die Spitaldirektion setzt eine Qualitätskommission ein. Die Qualitätskommission ist so zusammengesetzt, dass sie fachlich so kompetent ist, dass sie für den Gesamtbetrieb Qualitätsfragen beurteilen kann und in der Lage ist Verbesserungsprojekte zu begleiten und zu überwachen.
- Die Spitaldirektion setzt einen Qualitätsverantwortlichen ein, der im Gesamtbetrieb die Koordination aller Qualitätsprojekte sicherstellt, den Qualitätsprojektgruppen Unterstützung bietet und für die Behandlung auftretender Fragen zur Qualität in der Leistungserbringung zuständig ist. Er ist stimmberechtigtes Mitglied der Qualitätskommission.
- Die Qualitätskommission setzt die Qualitätsprojektgruppen ein, die mit klarem Auftrag erkannte Schwachstellen angehen und Verbesserungsmaßnahmen erarbeiten und umsetzen. Die Qualitätsprojektgruppen stehen unter der Leitung eines Projektleiters. Sie setzen sich aus verantwortlichen Mitarbeitenden der betroffenen Bereiche zusammen. Sie bearbeiten insbesondere auch die Schnittstellenproblematik zwischen den Bereichen. 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 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

1. **Integration der Bereiche Psychiatrie und Rettungsdienst in die Qualitätsarbeit**
2. **Zertifizierung**
Erarbeitungen folgender Standards:
 0. Grundstandard unter der Leitung von Hans Peter Kuert
 2. Erhebung Patientenurteilen unter der Leitung von Dr. Kurt Eichenberger
 3. Erhebung der Angemessenheit der Aufenthaltsdauer unter der Leitung von Dr. Thomas Künzi
 1. Infektionsprävention und Spitalhygiene unter der Leitung von Dr. Richard Egger
 5. Schmerzbehandlung unter der Leitung von Dr. Axel Koch
 7. Chirurgie unter der Leitung von Dr. Dominik Lüdi
 11. CIRS unter der Leitung von Dr. Hanspeter Vogt
 28. Dekubitusvermeidung und -behandlung unter der Leitung von Elsbeth Staub
 Folgende Meilensteine müssen erreicht werden:

Mitte 2009	Durchführung eines Internen Audits
Ende 2009	Abgabe der Unterlagen für das Erst-Zertifizierungs-Audit
3. **Durchführung von zwei Schulungen Arbeitssicherheit**
4. **Durchführung von mindestens 6 Einführungsschulungen für neu eingetretene Ärzte**
5. **Durchführung von Ergebnismessung:**
 - a. 3 Messung stationär
 - b. 1 Messung ambulant
6. **Katalog aller Qualitätsmassnahmen in der SRO AG aufnehmen**

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

Die Bereiche Psychiatrie und Rettungsdienst konnten innerhalb der Qualitätskommission Ihre Qualitätsarbeit präsentieren. Beide Bereiche arbeiten intensiv an der Sicherung und Entwicklung von Qualität ihrer Angebote; im Bereich Rettungsdienst ist eine Zertifizierung nach IVR-Standards im Jahr 2010 angestrebt.

Die Vorbereitungen für die Zertifizierung der Akutsomatik nach sanaCERT wurde im Berichtsjahr intensiv und breit abgestützt vorangetrieben.

Zu erwähnen sind neben Zwischenberichten zur Feststellung der Fortschritte auch ein internes Audit, das im Herbst 2009 statt gefunden hat und unter Realbedingungen die Stärken wie auch einige Schwächen der Qualitätsmassnahmen in den 8 Gebieten aufgedeckt hat.

Auch in diesem Berichtsjahr wurden einige externe Messungen mit Benchmarks durchgeführt. Als eigentlichen Meilenstein kann dabei der Start der Messung der nosokomialen Infektraten genannt werden.

Die Spitaldirektion engagierte sich weiterhin intensiv und vollständig in der Qualitätskommission, die in den 6 ordentlichen Sitzungen die Qualitätsentwicklung tatkräftig unterstützen konnte.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die SRO AG strebt eine ganzheitliche, transparente Qualitätsentwicklung an, die interdisziplinär arbeitet.

Zur Förderung dieser Bestrebungen wurde seit einiger Zeit ein Qualitätsausschuss, QTeam genannt, gebildet, der interdisziplinär die Qualitätsarbeit regelmässig betreut.

In der Qualitätsarbeit ist für SRO aber auch der Kosten/Nutzen-Gedanken einer der wichtigen Pfeiler. Nur wenn aus Messungen auch Massnahmen abgeleitet werden, deren Umsetzung überwacht und deren Effekt wieder gemessen wird, kann eine Qualitätsarbeit auch unter Kostendruck gutes leisten.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt 220 Stellenprozente zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Kurt Eichenberger	062 916 35 09	k.eichenberger@sro.ch	Qualitätsbeauftragter
Cressida Burkhard	062 916 37 89	c.burkhard@sro.ch	Mitarbeiterin Qualitätsentwicklung
Sandra Lambroia	062 916 32 93	s.lambroia@sro.ch	Klinikmanagerin; Qteam-Mitglied
Elsbeth Staub	062 916 32 10	e.staub@sro.ch	Ressortleiterin Akutpflege; QTeam-Mitglied
Dr. Thomas Künzi	062 916 32 29	t.kuenzi@sro.ch	Leitender Arzt Innere Medizin; QTeam-Mitglied
Dr. Dominik Lüdi	062 916 67 45	d.luedi@sro.ch	Co-Chefarzt Chirurgie; QTeam-Mitglied

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	47197	
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	7	
Anzahl stationäre Patienten	8638	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	512	
Anzahl Pflgegetage gesamt	61914	
Bettenanzahl per 31.12.	190	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7.3	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	85.2	
Spitalgruppen: Nennung der akusomatischen Standorte	Langenthal und Niederbipp	

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Patienten	Anzahl Tageskliniktage		
ambulant	1906	---	---	---
Tagesklinik	109	4928	---	---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflgegetage
stationär	16	167	32	5402
Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht		<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte		Langenthal und Niederbipp		

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.	125	
Anzahl Pflgegetage gesamt	43836	
Bettenanzahl per 31.12.	128	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	350	
Durchschnittliche Auslastung	93.8	
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte	Herzogenbuchsee, Huttwil, Niederbipp	

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: _____ Nächste Messung: _____
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die 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 Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen: Langenthal: Medizin, Chirurgie, Orthopädie Niederbipp: Medizin, Chirurgie
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	Gut - sehr gut	Siehe Artikel im Anhang
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
		<p>Langenthaler Tagblatt, 10.11.2009</p> <p>Die Patienten des Spitals Region Oberaargau (SRO) sind zufrieden mit ihrem Spital. Wie das SRO gestern mitteilte, haben von März bis Juni dieses Jahres 532 Personen an einer Umfrage teilgenommen und dem SRO die Schulnote 5,3 erteilt. Dies sei «das Resultat der vielen internen Anstrengungen zum Wohle der Patienten», schliessen die Spitalverantwortlichen aus dem Ergebnis. Die ärztliche Versorgung erhielt Note 5,3, für die Pflegerische Versorgung und Betreuung gabs ebenso 5,3 sowie für Organisation und Service während des Aufenthalts die Note 5,2. Damit sei das Resultat gegenüber der letzten Befragung leicht besser ausgefallen. 86 Prozent der Befragten empfehlen das Spital weiter.</p> <p>Das SRO hat auch noch Daten zu den Befragten mitgeliefert. Sie sind im Schnitt 68 Jahre alt, zu 49,3 Prozent Frauen, zu einem Viertel Zusatzversichert, in fast sieben von zehn Fällen als Notfall eingetreten. Und 56 Prozent von ihnen haben einen Berufsabschluss. (MGT)</p>
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument	
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes
<input checked="" type="checkbox"/> VO: PEQ		
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)		
<input type="checkbox"/> POC(-18)		
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		Siehe Verein Outcome
Einschlusskriterien		<ul style="list-style-type: none"> • Alter >= 18 Jahre • Stationärer Aufenthalt von mindestens 1 bzw. 2 Tagen (1 bzw. 2 Übernachtungen) • Austritt nach Hause (bzw. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Reha) • Mehrfachhospitalisierte sollen innerhalb 30 Tagen nur einmal befragt werden. Ab >= 30 Tagen zwischen Austritt und stationärem Wiedereintritt kann • die Patientin/der Patient auch ein zweites Mal befragt werden.
Ausschlusskriterien		<ul style="list-style-type: none"> • PatientInnen, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllen • Wöchnerinnen • Verstorbene PatientInnen (im Spital und nach Spitalaufenthalt – sofern das Spital davon Kenntnis erhält) • PatientInnen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz • PatientInnen mit psychiatrischer Hauptdiagnose
Rücklauf in Prozenten		49,6%
Erinnerungsschreiben?		<input checked="" type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D1-2 ambulante Patientenzufriedenheit Radiologie



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Langenthal
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	Gut	Siehe Artikel im Anhang
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Organisation	Gut	
Information	Genügend	Massnahme: Coaching der Aergteschaft in Kommunikation
Infrastruktur	Gut	
Arzt	Genügend	Massnahme: Coaching der Aergteschaft in Kommunikation
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument	
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ		
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)		
<input type="checkbox"/> POC(-18)		
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Siehe Verein Outcome	
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Alter \geq 18 Jahre • Alle ambulanten PatientInnen 	
Ausschlusskriterien		
Rücklauf in Prozenten	46,5%	
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D2 ANQ-Indikatoren

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: Nächste Messung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Langenthal und Niederbipp

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase		
<input type="checkbox"/> Blinddarmentfernung		
<input checked="" type="checkbox"/> Hernieoperation		
<input checked="" type="checkbox"/> Operation am Dickdarm		
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie		
<input checked="" type="checkbox"/> Hüftgelenksprothesen		
<input type="checkbox"/> Kniegelenksprothesen		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	



Messthema		Appendizitis und Verdacht auf Appendizitis	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Langenthal und Niederbipp	
Gemessene Abteilungen:	Chirurgie	Ergebnis:	Sehr gut: Richtig positive Appendizitiden : 94,2% Perforierte Appendizitiden : 3,3%
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema		Qualität der Spitalseelsorge	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Langenthal	
Gemessene Abteilungen:	alle	Ergebnis:	
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	Verband der Spitalseelsorger	



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
AQC Dr. D. Lüdi	B	A	A
ASF Dr. Hp. Vogt	B	A	A
MEM Dr. A. Boss	B	A	A
Dekubitus E. Staub	A	B	A
Sturzgefährdung E. Staub	A	B	A
Bemerkungen			

Legende:

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

D5 KIQ-Pilotprojekte



Das nationale KIQ Pilotprojekt Psychiatrie, getragen von H+, santésuisse und MTK, mit Beisitz von der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, spezifizierte für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation die Qualitätsförderungs Bemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinik-internen Messungen sowohl aus Patientensicht (Selbstrating) als auch aus Behandlungssicht (Fremdrating), mit einem regelmässigen Austausch und einer Vernetzung zwischen allen Pilotkliniken und auch einem systematischen Vergleich der Messergebnisse der Pilotkliniken wird im zweijährigen Pilot die Qualität und die Reflexion über Verbesserungsmassnahmen gefördert.

Erst im März 2009 schlossen sich die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung **KIQ** und der Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung **IVQ** zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken **ANQ** zusammen. Deshalb wird in diesem Berichtsjahr noch die Bezeichnung KIQ verwendet.

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja	Gewählte Messvariante: <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
<input checked="" type="checkbox"/> nein	

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Messthema	Sturzgefährdung
------------------	------------------------

Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Alle, an Mai 2009 erhoben			
Gemessene Abteilungen:	alle			
Ergebnis gesamt:	143	Anteil mit Behandlungsfolgen:	Nicht erfasst	Anteil ohne Behandlungsfolgen: Nicht erfasst

- Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	SRO Sturzgefährdung
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Dekubitus			
Gemessene Abteilungen:	alle	Ergebnis gesamt:	88	

- Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
- Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Entstehungsort der Dekubiti	Werte (quantitativ)				
	gesamt	unbekannt	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung	Nicht ausgewertet	Nicht ausgewertet	Nicht ausgewertet	Nicht ausgewertet	Nicht ausgewertet
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.	88	10	75	2	1
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen	Siehe Dokumentation Dekubitusbehandlung				

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Dekubitus SRO
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	



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

F1 Vorbereitung für Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

<u>Projekt 611/00: Grundstandard (sanaCert Standard 0)</u>		
<p>Projektleiter: H.P. Kuert</p> <p>Kurzdefinition Standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsziele, Prioritäten ▪ Richtlinien zum Qualitätsmanagement ▪ Qualitätskommission ▪ Qualitätsbeauftragter ▪ Weiterbildungskonzept ▪ Beschwerdemanagement ▪ Qualitätsbericht 	<p>Qualitätsstrategie und – ziele definiert. QKommission interdisziplinär existent und Rechte und Pflichten definiert.</p> <p>Qualitätsbeauftragter (Dr. K. Eichenberger) aktiv. Beschwerdemanagement aktiv. Qualitätsbericht jährlich vorhanden.</p> <p>Weiterbildungskonzept und Funktionsbeschreibung Qualitätsbeauftragter verfasst</p>	Ziel erreicht
<u>Projekt 611/01: Infektionsprävention / Spitalhygiene</u>		
<p>Projektleiter: PD Dr. A. Imhof</p> <p>Kurzdefinition Standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Handbuch/Richtlinien ▪ Kurz- und mittelfristige Ziele ▪ Zielerreichung wird gemessen ▪ Hygienekommission ▪ Fortbildung der Mitglieder der Hygienekommission ▪ Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen 	<p>Spitalhygiene strukturiert aufgebaut und aktiv betrieben.</p> <p>Ziele werden jährlich definiert und Zielerreichung kontrolliert. Fortbildung geregelt.</p>	Ziel erreicht
<u>Projekt 611/02: Patientenurteile</u>		
<p>Projektleiter: Dr. K. Eichenberger</p> <p>Kurzdefinition Standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhebungen werden durchgeführt ▪ Elemente des ärztlichen und pflegerischen Handelns stehen im Zentrum ▪ Mittelfristige Strategie vorhanden ▪ Mitarbeitende können Bedeutung von Patientenurteilen nachvollziehen 	<p>Erhebungen werden regelmässig durchgeführt und von einem interdisziplinären Gremium ausgewertet, Massnahmen definiert und deren Wirksamkeit gemessen. Mittelfristige Strategie ist definiert.</p>	Ziel erreicht
<u>Projekt 611/03: Angemessenheit der Aufenthaltsdauer</u>		
<p>Projektleiter: Dr. Th. Künzi</p> <p>Kurzdefinition Standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es existieren Regeln für die periodische Überprüfung der Aufenthaltsdauern von Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Abteilungen/Kliniken. ▪ Die Methode zur Überprüfung von Aufenthaltsdauern wird mindestens einmal jährlich einer kritischen Beurteilung durch die oberste Entscheidungsinstanz des Spitals unterzogen. ▪ Die Spitalleitung entwickelt eine Strategie zur Optimierung von Aufenthaltsdauern. ▪ 	<p>Auf der Basis der DRG-Gruppierung wurde drei Tracerdiagnosen bestimmt, die statistisch ausgewertet werden.</p> <p>Der Spitaldirektion überprüft diese Analysen quartals- und jahresweise.</p> <p>Methode wurde validiert und auch den betroffenen Chefärzten quartalsweise präsentiert</p>	Ziel erreicht

Projekt 611/05: Schmerzbehandlung		
Projektleiter: Dr. A. Koch Kurzdefinition Standard: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Spital besitzt Handlungsanleitungen zur postoperativen Schmerzbekämpfung und zur Schmerzbekämpfung bei Krebskranken. ▪ Die Umsetzung dieser Handlungsanleitungen wird beim Pflegepersonal, bei den Ärztinnen und Ärzten und auch bei Patientinnen und Patienten überprüft. ▪ Die Resultate aus der Überprüfung der Umsetzung werden kommuniziert, und wenn nötig werden die Handlungsanleitungen angepasst. 	Schmerzmanual neu überarbeitet und aktualisiert. Postoperative Schmerzen werden monitorisiert. Interdisziplinäre Arbeitsgruppe etabliert	Ziel erreicht
Projekt 611/07: Chirurgie		
Projektleiter: Dr. D. Lüdi Kurzdefinition Standard: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guidelines, Algorithmen, Klinikrichtlinien. ▪ Pflegende arbeiten prä-, intra- und postoperativ mit Pflegestandards und Handlungsrichtlinien. ▪ Information der Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen. ▪ Im Team finden Besprechungen von aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen etc. statt. ▪ Monitoring ausgewählter Indikatoren der Leistungsqualität 	Blaubuch existent und regelmässig überarbeitet. Pflegestandards aktuell überarbeitet. Patientenaufklärung standardisiert umgesetzt. Register (AQC) aktiv bewirtschaftet Wundinfektions-Messung mit swissNOSO aufgebaut.	Ziel erreicht
Projekt 611/11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen		
Projektleiter: Dr. Hp Vogt Kurzdefinition Standard: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Spital umschreibt, was unter kritischen Zwischenfällen zu verstehen ist. ▪ Ein Konzept legt fest, wie das Spital kritische Zwischenfälle vermeidet bzw. bewältigt. Es umfasst Regeln und Unterlagen für die Meldung von kritischen Zwischenfällen. ▪ Das Konzept ist umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft. ▪ Mitarbeitende und Spitalleitung besprechen regelmässig die eingetretenen kritische Zwischenfälle und erarbeiten Massnahmen zu ihrer Vermeidung und Bewältigung. 	Definitionen existent. Aktives, anonymes CIRS-Portal aufgebaut. Regelkreis für kritische Zwischenfälle existent. Strukturierten Analyse nach dem Londoner Protokoll umgesetzt. Jährlich 2 sehr gut besuchte CIRS-Konferenzen mit interdisziplinärer Diskussion der Zwischenfälle durchgeführt.	Ziel erreicht
Projekt 611/28: Decubitusvermeidung und -behandlung		
Projektleiter: E. Staub Kurzdefinition Standard: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeder Patient wird darauf hin beurteilt, ob eine Decubitusgefährdung vorliegen könnte. ▪ Information und Einbezug der Patienten sowie deren Angehörigen 	Flächendeckendes Decubitusmonitoring funktionell. Informationsfluss definiert. Ausbildung von Mitarbeitenden aktiv bewirtschaftet. Regelmässige Decubitus-Vergleichsmessung mittel Verein Outcome zum letzten Mal im Herbst 2008 durchgeführt.	Ziel erreicht

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risikovermindernde Massnahmen, neu entstandene Decubitus, Behandlung, Verlauf und Heilung werden dokumentiert. Es sind Richtlinien verfügbar. ▪ Ärzte, Pflegende und weitere beteiligte Mitarbeitende sind in der Lage, das Decubitusrisiko einzuschätzen. Sie verfügen über aktuelles Wissen und kennen ihre Kompetenzen. ▪ Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen. 		
--	--	--

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

*Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten*

<u>Arbeitssicherheit</u>		
SRO führt auch im Jahr 2009 wiederum zwei Schulungen Arbeitssicherheit durch.	Schulungen fanden statt.	Ziel erreicht
<u>Wiedereinführung Ausbildung neue Ärzte</u>		
Alle neu eingetretenen Ärzte werden geschult	Schulungen wurden durch Frau Dr. H. Würbel in Kombination mit Schulung Leistungserfassung durchgeführt und allen Teilnehmenden die wichtigsten Weisungen/Verordnungen übergeben.	Ziel erreicht

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

*Auflistung der aktuellen Qualitäts**projekte** im Berichtsjahr (laufend / beendet)*

Siehe F1

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte (max 3 Seiten)

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitlel	Aufbau Messung von Wundinfekten	
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt	<input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Aufbau eines schlanken Messinstruments auf Basis swissNOSO zur Erfassung von Wundinfekten.	
Beschreibung	Umsetzung der swissNOSO Methodik	
Projekttablauf / Methodik	Interdisziplinäre Arbeitsgruppe und der Leitung des Qualitätsbeauftragten	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte / Pflege / Spitalhygiene / Qualitätssicherung	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Momentan Datensammlung; ab Mitte 2010 werden Daten ausgewertet	
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitlel	Vermeidung, Erfassung und Behandlung von Dekubiti	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Durch möglichst gute Delegation der Entscheidung über den Einsatz von Spezialhilfsmitteln soll die Entstehung von Dekubiti vermieden werden. Falls ein Dekubitus existiert muss dieser lückenlos erfasst werden und von den entsprechenden, interdisziplinären Wundheilungsarbeitsgruppe behandelt werden.	
Beschreibung	Siehe oben	
Projekttablauf / Methodik	Projektorganisation geführt durch Ressortleitung Akutpflege und einbeziehung der Aerzteschaft	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Wundspezialisten	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Der frühzeitige, einfach organisierbare Einsatz von Spezialprodukten vermeidet Dekubiti. Bei der Behandlung muss möglichst interdisziplinär vorgegangen werden.	
Weiterführende Unterlagen		

Amtliche Kontrollen:

Bereich	Gesetzliche Grundlagen	Verantwortlich	durchgeführt durch
Lebensmittelhygiene	Bundesgesetz über Lebensmittel und Verbrauchsgegenstände vom 9. Oktober 1992, SR 817.0 Verordnung des EDI vom 23. November 2005 über Lebensmittel tierischer Herkunft, SR 817.022.108 Lebensmittel- und Gebrauchsgegenständeverordnung vom 23. November 2005, SR 817.02	Oliver Schluemp	Kantonale Lebensmittelinspektion bzw. Kantonslabor
Hygiene	Hygieneverordnung (Verordnung des EDI vom 26. Juni 1995 über die hygienischen und mikrobiologischen Anforderungen an Lebensmittel, Gebrauchsgegenstände, Räume, Einrichtungen und Personal, HyV), SR 817.024.1	Oliver Schluemp	Kantonale Lebensmittelinspektion bzw. Kantonslabor
Blut und Blutprodukte	Verordnung über die Bewilligungen im Arzneimittelbereich (Arzneimittel-Bewilligungsverordnung, AMBV) vom 17. Oktober 2001 (speziell Art. 23 Aufzeichnung und Rückverfolgbarkeit), SR 812.212.1	Dr. A. Koch	Swissmedic
Apotheke	Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) vom 15. Dezember 2000, SR 812.21 Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG, SR 812.121	Dr. Beatrice Pasquali	Kantonsapotheker
Zertifizierung Operationssaal-Belüftung		Urs Wattering	Zimmermann Messtechnik, Nesslau
Kontrolle der elektrischen Installationen in medizinisch genutzten Räumen der Kategorie en 3 und 4	Verordnung über elektrische Niederspannungsinstallationen vom 7. November 2001 (Art. 32.4; Anhang), SR 734.27	Urs Wattering	Electrosuisse
Radiologie, Nuklearmedizin	Strahlenschutzgesetz vom 22. März 1991, SR 814.50 Verordnung des EDI vom 31. Oktober 2001 über die eidgenössische Kommission für Strahlenschutz und Überwachung der Radioaktivität, SR 814.501.1 Zulassung von Radiopharmazeutika Bewilligung von Studien mit radioaktiv markierten Pharmazeutika, die am Menschen durchgeführt werden Aufsichtsbehörde für medizinische Betriebe und Ausbildungsstätten	Dr. Erwin Schafroth	Bundesamt für Gesundheit

Bereich	Gesetzliche Grundlagen	Verantwortlich	durchgeführt durch
Labor	Strahlenschutzgesetz vom 22. März 1991, SR 814.50 Verordnung des EDI vom 31. Oktober 2001 über die eidgenössische Kommission für Strahlenschutz und Überwachung der Radioaktivität, SR 814.501.1 Zulassung von Radiopharmazeutika KBMAL Kriterien (Kriterien für das Betreiben von Medizinisch-Analytischen Laboratorien (KBMAL 2.1 Juni 2006) Verordnung vom 25. August 1999 über den Umgang mit Organismen in geschlossenen Systemen (Einschliessungsverordnung). SR 814.912 Bewilligung Mikrobiologie-Labor	Nein, kein RIA Dr. Alexander Imhof Dr. Alexander Imhof Dr. Alexander Imhof	BAG/SwissMedic QUALAB Kantonales Labor Bern Swissmedic
Entsorgung, Umweltmanagement	Verordnung vom 22. Juni 2005 über den Verkehr mit Abfällen (VeVA), SR 814.610	Otto Lanz	Kantonale Umweltschutzbehörde
Arbeitsgesetz	Bundesgesetz vom 13. März 1964 über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz, ArG), SR 822.11	Therese Sägesser	
EKAS: Arbeitssicherheit	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung, SR 832.20	Otto Lanz	H+
Brandschutz, Evakuierungskonzepte, Katastrophenplan	Verordnung vom 8. Dezember 2004 über den vorbeugenden Brandschutz, SR 861.12 Kanton Bern: Feuerschutz- und Feuerwehrverordnung (FFV) vom 11. Mai 1994	Otto Lanz	Feuerpolizei Gebäudeversicherung
Trinkwasserversorgung		Dr. Alexander Imhof	Kantonales Labor
Gewässerschutz	Bundesgesetz vom 24. Januar 1991 über den Schutz der Gewässer, SR 814.20 Gewässerschutzverordnung vom 28. Oktober 1998, SR 814.201 Verordnung vom 1. Juli 1998 über den Schutz der Gewässer vor Wasser gefährdenden Flüssigkeiten, SR 814.202	Hansruedi Zraggen	Kantonales Gewässerschutzamt
Datenschutz	Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz, SR 235.1	Thomas Trösch	
Umgang mit Chemikalien und Giften	Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über den Schutz vor gefährlichen Stoffen und Zubereitungen (Chemikaliengesetz, ChemG) SR 813.1 Verordnung vom 9. November 1998 über Sicherheitsdatenblätter für Gifte und umweltgefährdende Stoffe SR 814.842.21, Art. 1	Dr. Alexander Imhof	Kantonales Laboratorium Bern
Materio-Vigilance: Meldepflicht von schwerwiegenden Vorkommnissen mit Medizinprodukten	Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz), SR 812.21, Art. 59 Meldepflicht, Meldesystem und Melderecht	Frau Beatrice Pasquali, Spitalapotheckerin	Swissmedic

Bereich	Gesetzliche Grundlagen	Verantwortlich	durchgeführt durch
Pharmaco-Vigilance: Meldepflicht von unerwünschten Wirkungen von Medikamenten	Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz) SR 812.21, Art. 59 Meldepflicht, Meldesystem und Melderecht	Frau Beatrice Pasquali, Spitalapothekerin	Swissmedic
Haemo-Vigilance: Meldepflicht zu unerwünschten Reaktionen bei der Transfusion von labilen Blutprodukten	Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz) SR 812.21 Art. 59 Meldepflicht, Meldesystem und Melderecht	Dr. A. Koch	Swissmedic
Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) SR 818.101	Dr. Alexander Imhof / Dr. R. Laffer	-



Die SRO AG beabsichtigt im Jahr 2010 das Erstzertifikatsaudit durch sanaCERT Suisse durchzuführen. Die meisten Qualitätsentwicklungen wurden deshalb im Bereich der sog. Qualitätsstandards gemacht.

Die breit abgestützte, interdisziplinäre Arbeitsweise, die von höchster Stelle klar geführt wird, garantiert eine hohe Qualität.

Das intensive Engagement der Belegschaft zur Vorbereitung des SRO-Qualitätssystem soll weiter gefördert werden.



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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

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

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



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

Siehe auch http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_qabe



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

Partner



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

Siehe auch www.anq.ch