

Qualitätsbericht 2016

SRO AG, Spital Region Oberaargau

nach der Vorlage von H+



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 und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2016.

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 Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot 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 Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Frau
Evelyn Müller
Bereichsleiterin Qualitätsmanagement
062 916 35 07
ev.mueller@sro.ch

Vorwort von 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 und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	12
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	13
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	13
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	14
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	15
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	20
4.5 Registerübersicht	21
4.6 Zertifizierungsübersicht	22
QUALITÄTSMESSUNGEN	23
Befragungen	24
5 Patientenzufriedenheit	24
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	24
5.2 Eigene Befragung	25
5.2.1 Patientenbefragung im Rettungsdienst	25
5.3 Beschwerdemanagement	26
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	27
9 Wiedereintritte	27
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	27
10 Operationen	29
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	29
11 Infektionen	31
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	31
12 Stürze	33
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	33
12.2 Eigene Messung	35
12.2.1 Interne Messung Sturz	35
13 Wundliegen	36
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	36
13.2 Eigene Messungen	37
13.2.1 Interne Messung Dekubitus	37
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	38
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	38
15 Psychische Symptombelastung	39

15.1	Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	39
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	41
17.1	Weitere eigene Messungen	41
17.1.1	Periodenprävalenzstudie nosokomiale Infektionen nach snip07 (swiss nosocomial infection prevalence study 2007).....	41
17.1.2	Händehygiene Compliance	41
17.1.3	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	42
17.1.4	Hygieneüberwachungen	42
18	Projekte im Detail	43
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	43
18.1.1	Weiterentwicklung Prozessportal	43
18.1.2	Einführung Patientenidentifikationsarmband.....	44
18.1.3	Aufnahme sanaCERT Standard "Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten"	44
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	45
18.2.1	Projekt Austrittsmanagement	45
18.2.2	Projekt Progress! Sichere Medikation an Schnittstellen.....	46
18.2.3	Aufnahme des sanaCERT Standards "Mitarbeitende Menschen - Human Resources"	47
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	48
18.3.1	Zertifizierung AEMP	48
19	Schlusswort und Ausblick	49
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	50
	Akutsomatik	50
	Psychiatrie	52
	Anhang 2	
	Herausgeber	53

1 Einleitung

Die SRO AG gehört zu den regionalen Spitalzentren des Kantons Bern. Ihr Einzugsgebiet zählt ungefähr 80'000 Personen. Das Leistungsangebot der SRO AG umfasst ein Akutspital am Standort Langenthal sowie zwei Gesundheitszentren an den Standorten Huttwil und Niederbipp. Der Rettungsdienst deckt von den Standorten Langenthal, Madiswil und Niederbipp das gesamte Einzugsgebiet der SRO AG ab.

Das Akutspital Langenthal ist im Kliniksystem organisiert. Unsere ambulanten und stationären Patientinnen und Patienten werden in folgenden Kliniken betreut: Anästhesiologie und Schmerztherapie, Chirurgie, Frauenklinik, Innere Medizin, Orthopädie und Traumatologie, Wirbelsäulenmedizin, Psychiatrie und Radiologie. In verschiedenen Kliniken sind auch Belegärzte tätig. Diese führen eine externe Praxis, operieren und betreuen ihre Patienten aber im Akutspital Langenthal. Das Leistungsangebot der Gesundheitszentren umfasst vorwiegend ambulante Dienstleistungen aus den Bereichen Prävention, Therapien und Beratungen sowie Sprechstunden durch Spezial- und Hausärzte.

Die dahlia obernberg ag erbringt als Tochtergesellschaft der SRO AG an vier Standorten Leistungen im Bereich der stationären Alterspflege.

In der Akutsomatik der SRO AG wurden im Berichtsjahr 8'572 stationäre und 49'786 ambulante Patienten behandelt. In den psychiatrischen Diensten wurden 3'001 stationäre Pflegetage generiert. Die SRO AG verfügte im Berichtsjahr über Total 846 Vollzeitstellen (ohne Pflege in Ausbildung / Praktikum).

Weitere Informationen zum Leistungsangebot der SRO AG sind auf der Homepage, unter www.sro.ch, abrufbar. Der Geschäftsbericht 2016 der SRO AG ist über folgenden Link abrufbar: www.sro.ch/ueber-SRO/Jahresberichte.aspx

Im Bereich Qualitätsmanagement hat die SRO AG an den von ANQ vorgegebenen Messungen teilgenommen und die Resultate analysiert. Im Berichtsjahr wurde als weitere Messung zur Erhebung der Patientenzufriedenheit eine Patientenbefragung im Rettungsdienst durchgeführt.

Im Jahr 2016 hat die Akutsomatik die Re-Zertifizierung nach sanaCERT suisse bestanden. Dabei wurden den externen Auditoren folgende neuen Standards vorgelegt: "Mitarbeitende Menschen - Human Resources" sowie "Palliative Betreuung". Mit der Aufnahme neuer Standards stellt die SRO die kontinuierliche Weiterentwicklung in Qualitätsthemen sicher und fördert durch den Einsatz von Qualitätszirkeln die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit.

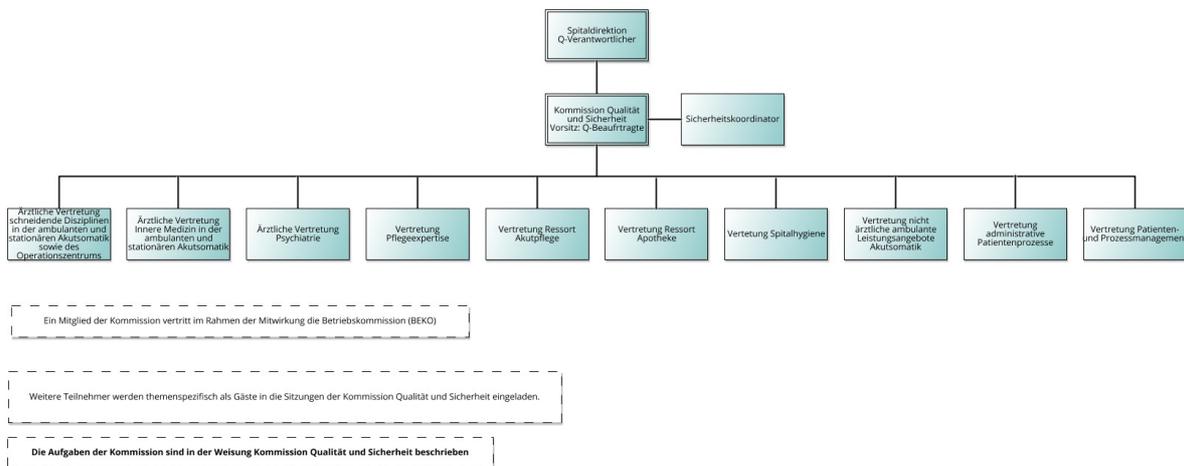
Als Qualitätsprojekt wurde 2016 die Weiterentwicklung des bestehenden Prozessportals aufgenommen. Die SRO AG hat beschlossen, ihre Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozesse zukünftig im Standard BPMN 2.0 abzubilden. Dazu wurde ein entsprechendes IT-Tool mit Modellierungswerkzeug und Portal evaluiert.

An der Aktionswoche der Stiftung Patientensicherheit Schweiz unter dem Motto „sichere Medikation“ hat sich die SRO AG mit einer Informationsbroschüre für Patienten beteiligt. In dieser Broschüre haben Patienten erfahren, welchen Beitrag sie selbst zur Medikationssicherheit leisten können. Weiter haben die Mitarbeitenden in der Aktionswoche Textilsticker getragen und im Infonet wurde mittels Banner auf die Aktionswoche aufmerksam gemacht. Zur Förderung der im Leitbild angestrebten Kultur der berufs- und disziplinenübergreifenden, unterstützenden Zusammenarbeit hat die SRO AG das Konzept „Speak Up“ der Stiftung Patientensicherheit aufgenommen. Neue Mitarbeitende werden bei der Einführung zu „Speak Up“ informiert. Um „Speak Up“ zu üben formulierten die Kliniken „Speak Up“ Themen, anhand welcher sie das Äussern von Sicherheitsbedenken konkret üben. Zur Erhebung der aktuellen „Speak Up“ Kultur und zur Identifikation von möglichen Stolpersteinen, hat die SRO AG als Pilotspital an der entsprechenden Befragung der Stiftung Patientensicherheit Schweiz teilgenommen.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Die Kommission Qualität und Sicherheit bildet das Lenkungs- und Entscheidungsgremium im Bereich Qualitätsmanagement. Sie ist repräsentativ über die gesamte Unternehmung zusammengesetzt. Die Kommission Qualität und Sicherheit tagt zwischen sechs und zehn Mal pro Jahr.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **160** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Evelyn Müller
Qualitätsmanagerin
SRO AG, Spital Langenthal
062 916 35 07
ev.mueller@tcn.ch

Frau Sandra Somaini
Patienten- und Prozessmanagerin
SRO AG, Spital Langenthal
062 916 35 01
s.somaini@sro.ch

Herr Dr. Andreas Kohli
Direktor
SRO AG, Spital Langenthal
062 916 35 10
a.kohli@sro.ch

3 Qualitätsstrategie

Zentrales Element in der Führung der SRO AG ist der sogenannte Erfolgsmotor mit 12 strategischen Elementen. Diese 12 Elemente beziehen sich auf die vier Perspektiven der Balanced Score Card:

- Finanzen
- Kunden
- Prozesse
- Ressourcen

Von den zwölf strategischen Elementen beziehen sich sechs auf die Qualitätsarbeit der SRO AG:

- Dem Stand der Technik entsprechende Infrastruktur
- Fach- und führungskompetente Mitarbeitende auf allen Stufen
- Kundenorientiertes verantwortungsbewusstes Verhalten
- Effiziente transparente vernetzte Aufbauorganisation und Prozesse
- Breiter Einsatz von Standards
- Qualitativ hochstehende Leistungen

Der Erfolgsmotor funktioniert nach dem gleichen Prinzip wie der kontinuierliche Verbesserungsprozess. Er ist der Grundantrieb für die Qualitätsarbeit in der SRO AG.

In der Qualitätspolitik der SRO AG werden diese strategischen Elemente und ihre Umsetzung und Wirkung bezüglich die Qualitätsarbeit in der SRO AG erläutert.

Die jährlich definierten Qualitätsziele beziehen sich auf einen strategischen Schwerpunkt.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

Re-Zertifizierung der Akutsomatik durch die Stiftung sanaCERT suisse

Nach der Erstzertifizierung im Jahr 2010 fand im Jahr 2016 die zweite Re-Zertifizierung statt. Folgende Standards wurden durch die Stiftung sanaCERT suisse geprüft:

- Grundstandard Qualitätsmanagement
- Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene
- Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen
- Standard 5: Schmerzbehandlung
- Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen
- Standard 12: Mitarbeitende Menschen - Human Resources
- Standard 20: Rettungsdienst
- Standard 25: Palliative Betreuung

Die Standards "Mitarbeitende Menschen - Human Resources" und "Palliative Betreuung" wurden erstmals zertifiziert. Sie lösten die beiden Standards "Chirurgie" sowie "Dekubitusvermeidung und -pflege" ab.

Start des Projekts zur Weiterentwicklung des Prozessportals

Die SRO startete 2011 mit dem Aufbau eines zentralen Prozessportals für die gesamte Unternehmung. Die Erfahrungen zeigten Einschränkungen in Funktionalität sowie Darstellungsmöglichkeiten. Aus diesem Grund beschloss die Direktion im November 2015 das Portal zu überarbeiten und die Prozesse nach dem Standard BPMN 2.0 zu modellieren.

Interne Kommunikation der Resultate der Patientenzufriedenheitsmessung 2015 und Definition von Verbesserungsmassnahmen

Von September bis November 2015 führte die SRO eine umfassende Patientenbefragung in der Akutsomatik durch. Diese Resultate wurden mitarbeitergerecht aufbereitet und bis an die Basis

kommuniziert. In verschiedenen Bereichen wurden bereits Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt. Weitere, bereichsübergreifende Massnahmen, werden im 2017 geplant und umgesetzt.

Engagement im Rahmen der Aktionswoche Patientensicherheit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Die Aktionswoche widmete sich im Jahr 2016 dem Thema der "Medikationssicherheit". Die SRO AG engagierte sich mit folgenden Aktivitäten:

Teilnahme an der Pilotstudie der Stiftung Patientensicherheit Schweiz zur Erarbeitung eines Fragebogens zur Erhebung der "Speak Up" Kultur in Spitälern und Kliniken.

Abgabe eines Flyers zum Thema "Medikationssicherheit" an alle stationär eintretenden Patienten mit dem Ziel, den Patienten über seine Möglichkeiten in der Thematik zu informieren.

Textil Sticker für Mitarbeitende.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

Kundenperspektive

Erhebung der Patientenzufriedenheit im Rettungsdienst

Überprüfung der Massnahmen, welche aufgrund der Befragung 2013 initiiert wurden.

Identifikation von Entwicklungspotential aufgrund von Patientenrückmeldungen im Rettungsdienst.

--> Wiederholen der Zufriedenheitsmessung mit dem standardisierten Fragebogen mecon, welcher im 2013 angewendet wurde (erfolgt)

--> Längsvergleich zu den Daten 2013 und Vergleich im Benchmark (erfolgt)

--> Definition von konkreten Massnahmen (in Umsetzung)

Identifikation von Verbesserungspotential aufgrund der umfassenden Befragung der stationären Patienten im 2015

--> Kommunikation der Daten nach Vorgaben im Konzept zur Erhebung von Patientenurteilen (erfolgt)

--> Definition von Massnahmen mit Führungsverantwortlichen aus den Bereichen Pflege und Ärzte (in Umsetzung)

Prozessperspektive

Erfolgreiche Rezertifizierung von acht Standards nach sanaCERT suisse

--> Definition der zu zertifizierenden Standards (erfolgt)

--> Begleitung der verschiedenen Standards durch eine Vertretung des Qualitätsmanagements (erfolgt)

--> Sensibilisierungskampagne für Mitarbeitende SRO (erfolgt)

--> Durchführung von Schulungen in verschiedenen Bereichen (erfolgt)

Definition der weiteren Entwicklung des Prozessportals

--> Definition der zu verwendenden Plattform (erfolgt) und der Funktion der Teamsites im Intranet (pendent auf Seiten IT)

--> Definition der anzuwendenden Darstellung und der Notation (erfolgt)

--> Definition Konventionenhandbuch (erfolgt)

--> Definition Freigabeprozess (erfolgt)

--> Definition Projektphasenplan (erfolgt)

Ressourcenperspektive

Erfolgreiche Einführung der Funktion des Patienten- und Prozessmanagements

--> Einführung neuer Mitarbeiter für Patienten- und Prozessmanagement (erfolgt)

--> Klärung der Aufgaben und Zuständigkeiten in den Bereichen Datenschutz, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Projekte (erfolgt)

--> Anpassung der Funktionsbeschreibungen (erfolgt)

--> Regelmässiger und etablierter Austausch zwischen Qualitätsmanagement und anderen Bereichen (Projekte, Pflege, IT, Medizin etc.) sicherstellen (in Umsetzung)

Systematische Gefahrenermittlung von 40 % der Bereiche nach Gefahrenmatrix

--> Durchführen der Audits nach Vorgaben von Hplus (in Umsetzung)

Adressatengerechte Schulung in Kommunikation und Bedürfnisse von Patienten

--> Überprüfung und Anpassung der Schulung Kundenorientierung (erfolgt)

--> Identifikation der Bedürfnisse verschiedener Berufsgruppen (in Umsetzung)

--> Bei ermitteltem Bedarf Erstellung eines Konzepts zur Kommunikationsschulung mit Einbezug von internen oder externen Fachkräften (in Umsetzung)

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Kundenperspektive

Gewährleistung einer hohen Kundenzufriedenheit durch Verbesserung der Kommunikation gegenüber Patienten sowie Sicherstellen, dass der Patient und die Angehörigen die gewünschten und benötigten Informationen erhalten. Dazu sind verschiedene Massnahmen in Planung:

- Kommunikationsschulung für Mitarbeitende am zentralen Empfang sowie an den dezentralen Empfangsdesks.
- Kommunikationsschulung für Kadermitarbeitende
- Anpassung des Prozesses "Patienten verpflegen"
- Umsetzung des Austrittsmanagements mit internen Audits prüfen
- Prüfung der Einführung eines Patientenboards
- Prüfung der täglichen Erhebung der Patientenzufriedenheit als zeitnahes Überwachungs- und Steuerungsinstrument

Prozessperspektive

Abbildung der Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse im zentralen Prozessportal

- > Schulung Prozessverantwortliche und Modellierer im Standard BPMN 2.0
- > Analyse der IST-Prozesse und Definition der SOLL-Prozesse
- > Integration der mitgeltenden Dokumente
- > Publikation im Prozessportal
- > Regelmässige Überprüfung der Prozesse durch Prozessverantwortliche sowie im Rahmen von internen Audits

Weiterentwicklung des Standardsets sanaCERT mit dem Einsatz von interdisziplinären und interprofessionellen Qualitätszirkeln, auf Basis des ermittelten Bedarfs.

Ressourcenperspektive

Weiterhin Förderung des organisationalen Lernens mit der Methode KVP in den verschiedenen Bereichen und Teams.

Planung und Durchführung von Schulungen in verschiedenen Themen des Qualitätsmanagements für unterschiedliche Anspruchsgruppen.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ 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 Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
<i>Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwachsenenpsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> – Symptombelastung (Fremdbewertung) – Symptombelastung (Selbstbewertung) – Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenbefragung im Rettungsdienst
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interne Messung Sturz
<i>Wundliegen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interne Messung Dekubitus
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Periodenprävalenzstudie nosokomiale Infektionen nach snip07 (swiss nosocomial infection prevalence study 2007) ▪ Händehygiene Compliance ▪ Freiheitsbeschränkende Massnahmen ▪ Hygieneüberwachungen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Qualitätsmanagement

Ziel	Kontinuierliche Qualitätsentwicklung und –sicherung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	SRO AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Daueraufgabe
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Kontinuierliche Qualitätsentwicklung und -sicherung. Steuerungsorgan ist die Kommission Qualität und Sicherheit, welche repräsentativ über die SRO AG zusammengesetzt ist. Sie ist verantwortlich für die Erarbeitung und Umsetzung der Qualitätspolitik.
Methodik	Planung und Lenkung der Qualitätsarbeit.
Involvierte Berufsgruppen	vgl. Qualitätsorganisation SRO AG
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung nach sanaCERT suisse
Weiterführende Unterlagen	www.sro.ch

Qualitätszirkel Erhebung von Patientenurteilen

Ziel	Kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und Dienstleistungen durch Analyse und Massnahmen aus Patientenbefragungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Akutsomatik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Daueraufgabe
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Erhebung von Kennzahlen als Basis zur kontinuierlichen Verbesserung.
Methodik	Mittelfristige Planung der zu erhebenden Patientenurteilen nach definiertem Konzept. Dabei wird sichergestellt, dass das ärztliche und pflegerische Handeln im Zentrum der Erhebung steht. Durchführung der Erhebung und Kommunikation an die Mitarbeitenden.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Therapien, Verwaltung, Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung nach sanaCERT suisse

Qualitätszirkel Infektionsprävention und Spitalhygiene

Ziel	Vermeidung von nosokomialen Infektionen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	SRO AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Daueraufgabe
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Erstellung, laufende Aktualisierung, Schulung und Überprüfung der Richtlinien zur Infektionsprävention und Spitalhygiene. Steuerung durch die Hygienekommission.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, OP-Zentrum, Hotellerie. Leitung durch einen Facharzt für Infektiologie
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung nach sanaCERT suisse

Qualitätszirkel Schmerzbehandlung

Ziel	Effektive Behandlung von Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Akutsomatik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Daueraufgabe
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Erarbeitung, laufende Aktualisierung, Schulung und Überprüfung der Handlungsanleitungen zur Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Akutpflege, Anästhesiepflege, Painnurse. Leitung durch Anästhesiologen.
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung nach sanaCERT suisse

Qualitätszirkel Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Ziel	Erkennen und Beheben von Schwachstellen im System
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	SRO AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Daueraufgabe
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Kritische Zwischenfälle werden dokumentiert und systematisch aufgearbeitet. Aus kritischen Zwischenfällen erfolgen Lern- und Verbesserungsmassnahmen, welche zu einer Verbesserung des Systems und zur Förderung der Patientensicherheit führen.
Involvierte Berufsgruppen	Ärztlicher Direktor, Leiter Akutpflege, Chefarzt Psychiatrische Dienste, Leiterin Spitalapotheke, Qualitätsmanagerin
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung nach sanaCERT suisse

Qualitätszirkel Rettungsdienst

Ziel	Fachtechnisch und medizinisch korrekte Rettung der Patienten nach bestehendem Konzept
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Rettungsdienst
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Daueraufgabe
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Konzept regelt die Rettung und medizinische Versorgung der Patienten sowie die Zuständigkeiten und die Zusammenarbeit mit den Partnern der Rettungskette. Weiter die Weiterbildung des Teams sowie die Durchführung von Einsatz-Nachbesprechungen.
Involvierte Berufsgruppen	Rettungsdienst in Zusammenarbeit mit externen Einsatzkräften
Evaluation Aktivität / Projekt	IVR-Anerkennung, Zertifizierung nach sanaCERT suisse

Qualitätszirkel Palliative Betreuung

Ziel	Gewährleistung der bestmöglichen Lebensqualität sowie Wahrung von Würde und Integrität in der letzten Lebensphase
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Akutsomatik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Daueraufgabe
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Umsetzung, laufende Aktualisierung, Schulung und Überprüfung des Konzeptes "palliative Betreuung". Sicherstellung der funktionierenden Zusammenarbeit mit externen Partnern (Hausärzte, Spitex und weiteren)
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Sozialdienst, Seelsorge, Psychiatrische Dienste, Therapien und Behandlungen.
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung nach sanaCERT suisse
Weiterführende Unterlagen	www.sro.ch

Qualitätszirkel Mitarbeitende Menschen - Human Resources

Ziel	Umsetzung der Personalpolitik und Personalstrategie der SRO AG
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	SRO AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Daueraufgabe
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Führung des Bereichs Human Resources über Konzepte, welche umgesetzt, laufend aktualisiert, geschult und überprüft werden.
Involvierte Berufsgruppen	Direktion, Human Resources, Ärzte, Akutpflege, Verwaltung, Sicherheitsbeauftragter
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung nach sanaCERT suisse

Fachgruppe Pflege

Ziel	Kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität auf den Pflegestationen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Akutsomatik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Daueraufgabe
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Laufende Prüfung und Verbesserung der bestehenden Hilfsmittel mit Fachverantwortlichen der Station. Schulung und Umsetzung der Teams durch Pflegeexpertin mit Unterstützung von Themenverantwortlichen.
Involvierte Berufsgruppen	Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Themenspezifische Evaluation

Förderung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses auf Team- Bereichsebene

Ziel	Kontinuierliche Verbesserung von Prozessen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	SRO AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Daueraufgabe
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Verschiedene Teams arbeiten mit KVP-Boards, auf welchen laufend Themen mit Verbesserungspotential gesammelt werden. Im Rhythmus von 14 Tagen wird ein Thema nach Methode Kurzmoderation besprochen und Massnahmen definiert.
Involvierte Berufsgruppen	Akutpflege, Notfallpflege, Intensivpflege, Beratungen, Radiologie, Rettungsdienst, Apotheke
Evaluation Aktivität / Projekt	Semesterweise Auswertung durch Kommission Qualität und Sicherheit (Lenkungs- und Steuerungsgremium)

Durchführen von internen Audits

Ziel	Prüfung der Einhaltung der definierten Prozesse und identifizieren von Verbesserungspotential
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	SRO AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Daueraufgabe
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Erstellen von Auditplan pro Jahr. Anschliessend Erstellen von Auditchecklisten und Fragekatalogen durch die internen Auditoren. Ein Auditbericht hält die definierten Verbesserungsmassnahmen fest.
Involvierte Berufsgruppen	Team interner Auditoren aus den Bereichen Ärzte, Pflege, medizinische Dienste und Verwaltung
Evaluation Aktivität / Projekt	Durch Qualitätsmanagement

Beschwerdemanagement

Ziel	Klären von Patientenbeschwerden und Ableiten von Verbesserungsmassnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Akutsomatik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Daueraufgabe
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	Zentrale Anlaufstelle für Beschwerden von Patienten und Angehörigen. Quartalsweise Auswertung und Kommunikation. Jede Beschwerde wird intern analysiert und jeder Beschwerdeführer erhält eine Rückmeldung auf seine Beschwerde.
Evaluation Aktivität / Projekt	Durch Qualitätsmanagement

Hot Spots Patientenzufriedenheit

Ziel	Nachhaltige Verbesserung der Patientenzufriedenheit durch Projekte und Massnahmen in den Bereichen "Hotellerie", "Infrastruktur", "Information und Kommunikation"
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Qualität und Entwicklung
Projekte: Laufzeit (von...bis)	01.2017 bis 30.06.2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	In der Analyse der Patientenzufriedenheitsmessung 2015 wurden Bereiche mit Handlungsbedarf identifiziert. Auf Basis der Analyse der IST-Prozesse werden die SOLL-Prozesse definiert und mit Massnahmen oder Projekten umgesetzt.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Hotellerie, Qualitätsmanagement, Entwicklung, Direktion
Evaluation Aktivität / Projekt	Patientenzufriedenheit

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2006 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

Bemerkungen

Analyse nach dem adaptierten Modell der organisatorischen Unfallentstehung.

4.5 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.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
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	seit Beginn
ASF Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	seit Beginn
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	seit 2008
Infreporting MeldeSystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	seit Beginn
Safw DB Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	Chirurgie, seit 2015
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register www.smob.ch	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.lebensspende.ch/de/verein.php	seit 2002
SRRQAP Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	seit Beginn

SwissNET Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET swissnet.net	seit 2013
KR Bern Krebsregister Bern	Alle	www.krebsregister.unibe.ch	seit 2014
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012

Bemerkungen

Die SRO AG meldet zusätzlich seit 2005 in die Schweizerische HIV-Kohortenstudie (SHKS)

Seit Juli 2016 meldet die SRO in Pain Out.

Weiter wird das SIRIS-Implantatregister in der Orthopädie geführt.

Die Klinik für Chirurgie meldet ins HSM-Register im Bereich der hochspezialisierten Viszeralchirurgie.

Bemerkung zu SBCDB: Brustzentrum Aare meldet in ein deutsches Register.

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Zertifizierung nach sanaCERT suisse	SRO AG, alle Abteilungen der somatischen Akutmedizin am Standort Langenthal	2010	2016	
IVR-Anerkennung	Rettungsdienst	2010	2015	
SGI-anerkannte IS	Intensivstation	2001	2015	
REKOLE	Betriebliches Rechnungswesen	2012	2016	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

Den Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das Informationsschreiben zur Befragung wurde neu allen Patienten bei Austritt durch die Bezugspflegende abgegeben. In den Vorjahren wurde das Schreiben bei Eintritt durch die Patientenaufnahme abgegeben. Im Jahr 2016 konnte der Rücklauf gesteigert werden.

Die Resultate werden segmentiert nach Kliniken und Stationen aufgearbeitet und den Führungsvorgesetzten und Mitarbeitenden präsentiert. Durch die Integration eines Freitextfeldes in den Fragebogen stehen der SRO weitere Angaben zur Verfügung, wo mögliche Verbesserungsmassnahmen angesetzt werden können.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH
---------------------	---

Bemerkungen

Aktuell stehen nur die klinikeigenen, unadjustierten Werte zur Verfügung. Die adjustierten Mittelwerte sollten im Herbst 2017 im Rahmen der nationalen Auswertung zur Verfügung stehen. Aus diesem Grund können die Werte zur Zeit noch nicht publiziert werden.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenbefragung im Rettungsdienst

In der Befragung wurden die Zufriedenheit mit folgenden Bereichen erhoben:

- Information
- Menschlichkeit
- Fachwissen
- Arbeitsweise
- Schmerzbehandlung
- Gesamteindruck

Die Resultate werden sowohl im Benchmark mit 13 Rettungsdiensten, als auch mit den Resultaten 2013 des Rettungsdienstes SRO verglichen. Beim Vergleich mit den Resultaten 2013 war insbesondere die Wirksamkeit der umgesetzten Massnahmen in den Themen "Schmerzbehandlung", "Information" und "Menschlichkeit" von Interesse.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 29.02.2016 bis 04.07.2016 durchgeführt.

Die Befragung fand im Rettungsdienst SRO statt.

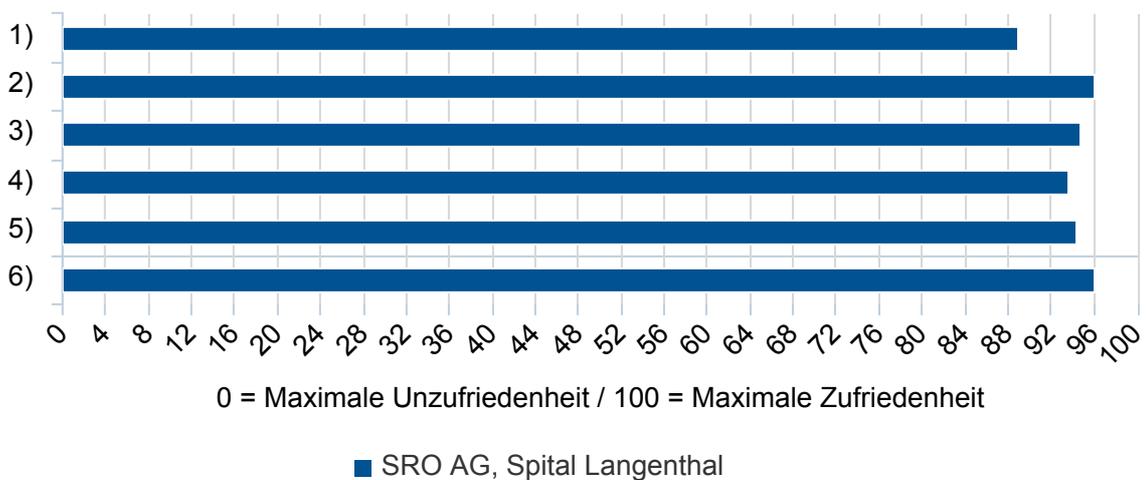
Alle Patienten, welche Leistungen des Rettungsdienstes in Anspruch genommen haben, unter Berücksichtigung folgender Ausschlusskriterien:

- Krankentransporte
- GCS unter 14
- NACA 6 und höher (Atem- und/oder Kreislaufstillstand, tödliche Verletzung oder Erkrankung)
- Patienten < 15 Jahre
- Patienten mit Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenintoxikation

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Information
- 2) Menschlichkeit
- 3) Fachwissen
- 4) Arbeitsweise
- 5) Schmerzbehandlung
- 6) Gesamteindruck



Messergebnisse in Zahlen

Mittelwerte pro Messthemen

	1)	2)	3)	4)	5)
SRO AG, Spital Langenthal	89.00	96.10	94.80	93.70	94.30

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
SRO AG, Spital Langenthal	96.00	296	49.00 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Im Vergleich zu 2013 wurden alle Bereiche durch die Patienten besser bewertet. Die deutlichsten Verbesserungen wurden in den Bereichen "Schmerzbehandlung" und "Fachwissen" erzielt. Dies lässt auf eine Wirksamkeit der im 2013 umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen schliessen. Ziel für die Folgejahre ist es, das sehr gute Niveau durch regelmässige Überprüfung der Umsetzung der definierten Massnahmen und Schulung der Mitarbeitenden, zu halten.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	PZ Benchmark

Bemerkungen

Die Messergebnisse wurden im Rettungsdienst sowie in der Kommission Qualität und Sicherheit präsentiert. Dass sich die Wirksamkeit der umgesetzten Massnahmen in den Ergebnissen zeigt, wurde von den involvierten Stellen positiv zur Kenntnis genommen.

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

SRO AG, Spital Langenthal

"Ihre Meinung interessiert uns"

Sandra Somaini

Patienten- und Prozessmanagerin

062 916 35 01

s.somaini@sro.ch

Die Fragebogen werden allen stationären Patienten bei Austritt abgegeben. Zudem liegen an verschiedenen Stellen Fragebogen auf. Weiter können Beschwerden per Mail (info@sro.ch) oder telefonisch kommuniziert werden.

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

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

Messergebnisse

Datenanalyse		2012	2013	2014	2015
SRO AG, Spital Langenthal					
Beobachtete Rate	Intern:	4.83%	4.80%	4.25%	4.72%
	Extern:	0.80%	1.10%	0.84%	0.56%
Erwartete Rate (CI* = 95%)		5.45%	5.32%	4.92%	4.91% (4.47% - 5.36%)
Verhältnis der Raten***					1.08
Ergebnis** (A, B oder C)		B	C	B	

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

** Wertung der Ergebnisse:

- 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.

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das Ergebnis liegt in der Norm.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

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.
SRO AG, Spital Langenthal		
Anzahl auswertbare Austritte:	6121	

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

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

Messergebnisse

Datenanalyse	2012	2013	2014	2015
SRO AG, Spital Langenthal				
Beobachtete Rate	2.55%	2.16%	1.93%	2.21%
Erwartete Rate (CI* = 95%)	2.71%	2.33%	2.09%	2.06% (1.66% - 2.45%)
Verhältnis der Raten***				1.07
Ergebnis** (A, B oder C)	B	B	B	

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

** Wertung der Ergebnisse:

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.

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das Ergebnis liegt in der Norm.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).
SRO AG, Spital Langenthal		
Anzahl auswertbare Operationen:	3432	

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken 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. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen***.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ Blinddarm-Entfernungen
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
SRO AG, Spital Langenthal						
Blinddarm-Entfernungen	85	3	-	2.60%	3.90%	3.60% (0.70% - 10.00%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	19	0	-	-	4.20%	0.00% (0.00% - 17.60%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	55	13	21.20%	18.00%	20.70%	26.40% (14.80% - 38.10%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
SRO AG, Spital Langenthal						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	116	5	1.92%	3.50%	2.10%	2.60% (0.00% - 5.50%)

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Alle Ergebnisse werden durch den Facharzt für Infektiologie in den Kliniken für Chirurgie, Orthopädie und Anästhesiologie analysiert und diskutiert. Ebenso in der Kommission für Qualität und Sicherheit. Die Auswertung zeigt, dass bei allen Patienten präoperativ Antibiotika verabreicht wurden.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Swissnoso
---------------------	-----------

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 eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2013	2014	2015	2016
SRO AG, Spital Langenthal				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	4	4	1	0
In Prozent	5.30%	6.30%	1.60%	0.00%
Abweichung vom gewünschten Ergebnis*				0

* Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Resultate werden in der Fachgruppe Pflege, im Leitungsteam der Pflege und in der Kommission Qualität und Sicherheit kommuniziert und diskutiert.

Bei jedem stationären Patienten wird das Sturzrisiko standardisiert erhoben.

Zusätzlich zur Prävalenzmessung führt die SRO AG eine interne Dauermessung zur Sturzerfassung durch.

Vgl. auch Kapitel "Interne Messung Sturz"

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen 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. 	
SRO AG, Spital Langenthal			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	73	Anteil in Prozent (Antwortrate)	65.20%

12.2 Eigene Messung

12.2.1 Interne Messung Sturz

Gemessen wird die Anzahl Sturzereignisse.

Die Sturzinzidenz wird wie folgt berechnet: Anzahl Stürze pro 1'000 Pflgetage.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Stationäre Akutsomatik

In der Untersuchung berücksichtigt wurden alle stationären Patienten.

Anzahl Stürze total: 232

Anzahl Stürze ohne Folgen: 158 (68 %)

Anzahl Stürze mit leichter bis schwerer Verletzung: 74 (32 %)

Die Sturzinzidenz (Stürze pro 1'000 Pflgetage) betrug 5.4

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Im 2016 umgesetzte Massnahmen:

- Teamschulung hinsichtlich des Problem- und Risikobewusstseins
- Überarbeitung des Sturzerfassungsformulars zur Erfassung der getroffenen Präventionsmassnahmen

Folgende Massnahmen aus früheren Jahren werden umgesetzt:

- Sturzstatistiken werden im Team vorgestellt
- Kennzeichnung der Sturzgefährdung am Patientenbett
- Vermerk Sturzgefährdung auf Planungstag
- Überprüfung der Medikamente im Hinblick auf die Sturzgefährdung mit dem Arzt
- Sturzrisikoabklärung durch Physiotherapie
- Schulung des Pflegepersonals zum Thema akute und chronische Verwirrtheit
- Einsatz von Bodenpflegebetten
- Screening Sturzgefährdung durch Pflegefachpersonal
- Einsatz von Stopper Socken zur Sturzprävention
- Befähigung aller Pflegemitarbeitenden in Kinästhetik

Folgende weitere Massnahmen sind geplant oder in Diskussion:

- Aufnahme des sanaCERT Standards "Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten"
- Verkürzung der Reaktionszeit auf den Patientenruf
- Handlungsanweisung erstellt bzgl. Vorgehen bei Benötigung einer Sitznachtwache
- Pflegeexpertinnen untersuchen jedes Sturzereignis unmittelbar nach Geschehen auf der Station
- Sturzkonzept erstellt

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzprotokoll
---	----------------

13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. 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 Schwerkraften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus 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.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
SRO AG, Spital Langenthal						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4	0	0	1	2	3.00%
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	1	0	0.00%

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Resultate werden in der Fachgruppe Pflege, im Leitungsteam der Pflege und in der Kommission Qualität und Sicherheit kommuniziert und diskutiert.

Zusätzlich zur Prävalenzmessung führt die SRO AG eine interne Messung zur Erhebung der Anzahl Dekubitus durch.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen 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. 	
SRO AG, Spital Langenthal			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	73	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	65.20%

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Interne Messung Dekubitus

Anzahl Dekubitus \geq Kategorie 2

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

In der Untersuchung berücksichtigt wurden alle stationären Patienten berücksichtigt.

Anzahl erworbene Dekubitus \geq Grad 2 während dem Spitalaufenthalt: 22

Für die SRO AG bedeutet dies, dass 0.32 % der stationären Patienten einen Dekubitus erworben haben.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das SRO-intern definierte Ziel, wonach der Patientenanteil, welcher spitalintern einen Dekubitus Grad 2 oder höher erwirbt, unter 0.8 % liegt, wurde erreicht.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Unser Betrieb hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	EFM

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Erwachsene	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie.

15 Psychische Symptombelastung

15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patienten in der Psychiatrie 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.

Die Fallführenden wie auch die Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

HoNOS Adults	2012	2013	2014	2015
SRO AG, Spital Langenthal				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	0.11	-0.11	5.85	7.46
Standardabweichung (+/-)	0.14	0.13	6.30	7.04
Risikobereinigter Differenzwert*				7.8

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2012	2013	2014	2015
SRO AG, Spital Langenthal				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	0.70	-0.08	38.90	32.72
Standardabweichung (+/-)	0.15	0.17	36.28	34.13
Risikobereinigter Differenzwert*				37.88

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

* Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse 2015 werden in den psychiatrischen Diensten SRO sowie in der Kommission Qualität und Sicherheit vorgestellt und diskutiert.

Die Datenqualität wird psychiatriintern regelmässig geprüft und entsprechende Massnahmen umgesetzt. Die Psychiatriepflege führt bei Behandlungsabschluss mit allen Patienten ein standardisiertes offenes Kurzinterview, in welchem die Patienten gefragt werden, was für Sie in der Behandlung hilfreich und was negativ war sowie was bei einer möglichen nächsten Hospitalisation zu berücksichtigen wäre.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

17 Weitere Qualitätsmessungen

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Periodenprävalenzstudie nosokomiale Infektionen nach snip07 (swiss nosocomial infection prevalence study 2007)

Erfassung der nosokomialen Infektionen an einem Stichtag.

Diese Messung haben wir vom 20.05.2016 bis 20.05.2016 durchgeführt.

Alle Stationen der stationären Akutsomatik.

Untersucht wurden alle Patienten, welche am Stichtag stationär (>24 h) in der Akutsomatik hospitalisiert waren. Bezüglich der nosokomialen Infektionsrate wurden die vergangenen Hospitalisationstage (max. 7 Tage) mittels Krankengeschichte, Labor und Kurve beurteilt.

Rate der nosokomialen Infektionen: 4.8 %

Anzahl untersuchter Patienten: 105 Patienten

Der Referenzwert für kleinere Spitäler beträgt laut Literatur 6.1 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Rate der nosokomialen Infektionen werden den Ergebnissen der Händehygiene Compliance gegenübergestellt.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Universitätsspital Basel, Spitalhygiene
Methode / Instrument	snip07

17.1.2 Händehygiene Compliance

Erhebung der Händehygiene Compliance nach den fünf Indikationen der Händedesinfektion im ambulanten und stationären Bereich.

Diese Messung haben wir vom 01.07.2016 bis 30.09.2016 durchgeführt.

Die Messung fand auf folgenden Stationen statt: Pflegestationen, Dialyse, Notfallstation, Onkologie, Intensivpflegestation, Aufwachstation, Tagesklinik.

Die Gesamtcompliance betrug 82 %.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Gesamtcompliance konnte nach einem Rückgang im 2015 wieder gesteigert werden.

Auf den Stationen finden regelmässig Hygiene Audits statt, welche zeigten, dass für gewisse Handlungen standardisierte Arbeitsabläufe zu definieren sind.

Auf allen Abteilungen wurden "Reminder-Karten" an die Pflegewagen angebracht. Einzelne Stationen diskutierten die Thematik an den Teamsitzungen.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Auswertung erfolgt betriebsintern
Methode / Instrument	Standardisiertes Protokoll der Swiss Hände Hygiene Campagne (SHHC)

17.1.3 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Im Rahmen der Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus im November 2016 wurde als weiterer Indikator die freiheitsbeschränkenden Massnahmen erhoben.

Diese Messung haben wir vom 08.11.2016 bis 08.11.2016 durchgeführt.

Stationäre Akutsomatik.

Alle stationären Patienten der Akutsomatik, welche ihre Einwilligung zur Messung gegeben haben.

Die Prävalenz freiheitsbeschränkender Massnahmen betrug 5.5 %.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Im Rahmen des sanaCERT Standards "Umgang mit akut verwirrten Patienten" wird das Thema "Einsatz von Sitznachtwachen bei akut verwirrten Patienten" diskutiert werden.

Weiter wird geprüft, ob die Bodenpflegebetten situativ korrekt eingesetzt werden.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bemerkungen

Diese Messung wurde 2016 erstmals durchgeführt. Intern liegen keine Vergleichswerte vor.

17.1.4 Hygieneüberwachungen

Gastroenterologie

Endoskope sind während der Untersuchung einer biologischen und mikrobiologischen Kontamination ausgesetzt. Das Risiko einer Infektionsübertragung durch ein unsachgemäss gewartetes Instrument ist bekannt. Andererseits wird durch eine sachgerechte Desinfektion eine Übertragung praktisch verhindert. Die SRO AG führt 2x jährlich eine bakteriologische Kontrolle aller ihrer Endoskope durch

Trinkwasser

Die Legionelleninfektion oder Legionärskrankheit wurde zuerst als ausserhalb des Spitals erworbene Infektion beschrieben. Die für die Infektionsentstehung im Spital verantwortliche Keimvermehrung ereignet sich in lokalen Wasserverteilsystemen, in denen günstige Bedingungen für das Bakterienwachstum vorliegen. Die SRO AG führt eine periodische Suche nach Legionellen im Warmwassersystem (Heisswassertanks, distale Wasserentnahmestellen) durch.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Endoskopiezentrum Alle Gebäude der SRO AG

Es wurden 26 Endoskope 2x/Jahr mikrobiologisch untersucht. Alle Untersuchungen entsprachen den geforderten Grenzwerten. Insbesondere wurden keine Indikatorkeime (E. coli, andere Enterobacteriaceae, Enterokokken, Pseudomonas aeruginosa und andere Nonfermenter, Staphylokokkus aureus, vergärende Streptokokken) nachgewiesen.

Im Jahr wurden 55 Proben an 42 Orten durchgeführt. Alle Messungen entsprachen den Vorgaben und bedurften keine weiteren Massnahmen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Swissnoso
---	-----------

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Weiterentwicklung Prozessportal

Das Projekt "Weiterentwicklung Prozessportal" ist ein Organisationsprojekt. Dabei werden die gesamten Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozesse mit den dazugehörigen mitgeltenden Dokumenten abgebildet.

Ausgangslage

- Vorhandene Prozessdarstellungen nicht mehr aktuell
- Begrenzte Darstellungsmöglichkeiten bei der Modellierung in Flowcharts
- Eingeschränkte Funktionalität des bestehenden Prozessportals

Projektziele

Umsetzungsziele:

- Erstellung und Einführung eines Konventionenhandbuchs zur einheitlichen Prozessmodellierung in der gesamten SRO
- Überarbeitung und Neu-Definition der bestehenden Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse im Standard BPMN 2.0. In einer ersten Phase, Fokus auf die klinischen Prozesse im Rahmen der Einführung von Kisim.
- Integration der bestehenden Sharepointlisten ins neue Portal
- Evaluation eines IT-Tools zur Prozessmodellierung inkl. unabhängigem Portal
- Grundlage schaffen für mögliche Automatisierungen und Teilautomatisierungen

Qualitätsziele:

- Dreitägige Schulung für Modellierer in BPMN
- Zwaitägige Schulung für Prozessverantwortliche in BPMN
- Pocket Guide für Mitarbeitende mit Erklärungen zu BPMN
- Prozessportal dient bei der Einführung neuer Mitarbeitenden

Involvierte Berufsgruppen:

- Qualitätsmanagement
- IT Fachpersonen
- Einkauf
- Prozessverantwortliche

18.1.2 Einführung Patientenidentifikationsarmband

Beim Projekt zur Einführung eines Patientenidentifikationsarmbandes handelt es sich um ein Organisationsprojekt, welches die gesamte Akutsomatik betrifft:

Umsetzungsziele

- Der Prozess zur Anlage und Handhabung des Patientenidentifikationsarmbandes ist im stationären und teilstationären Bereich umgesetzt.
- Mitarbeitende, welche Patienten aus dem stationären und teilstationären Bereich betreuen, sind im Umgang mit dem Patientenarmband geschult.
- Technische Voraussetzung für den Einsatz von elektronischen Hilfsmitteln wird gewährleistet.
- Zukünftiger Einsatz im Bereich Bedsidescanning ist definiert.

Wirkungsziel:

- Vermeidung von Patientenverwechslungen.

Involvierte Bereiche:

- Operationszentrum
- Anästhesiologie
- Notfallzentrum
- Pflege
- Stationär tätige Ärzte
- Patientenaufnahme
- Labor
- IT
- Einkauf
- Qualitätsmanagement

18.1.3 Aufnahme sanaCERT Standard "Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten"

Die Bearbeitung des sanaCERT Standards "Umgang mit akut verwirrten Patienten" soll die interprofessionelle Zusammenarbeit im Bereich der akuten Verwirrtheit in der Akutsomatik fördern. Durch interprofessionelle Standards soll die Behandlung und Betreuung dieser immer grösser werdenden Patientengruppe verbessert werden.

Umsetzungsziele:

- Einführung eines interprofessionellen Konzepts zum Umgang mit akut verwirrten Patienten
- Orientierung an den normativen Grundlagen des entsprechenden sanaCERT Standards

Wirkungsziele:

- Verminderung der Patienten mit einem akuten Delir aufgrund verbesserter Prävention
- Verbesserung der Sturzinzidenz
- Verminderung des Anteils an freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Akutsomatik

Qualitätsziele:

- Interprofessioneller und interdisziplinärer Qualitätszirkel.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Projekt Austrittsmanagement

Das Projekt Austrittsmanagement war ein Organisationsprojekt, in welchem der gesamte Austrittsprozess analysiert und hinsichtlich Verbesserungspotential geprüft wurde.

Ausgangslage

- Vermehrt negative Patientenrückmeldungen zum Austrittsmanagement
- Negative Rückmeldungen aus der Pflege zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich Austrittsmanagement
- Verlängerung der Aufenthaltsdauer im zweiten Semester 2014

Projektziele

Umsetzungsziel:

- Einführung einer einheitlichen, vom gesamten interdisziplinären Team, genutzten Austrittsdokumentation

Wirkungsziel:

- Verbesserung der Patientenzufriedenheit bezüglich Austrittsplanung
- Anteil High Inlier II pro Klinik liegt bei $\leq 20\%$

Qualitätsziel:

- Interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetztes Projektteam wird mit der Umsetzung beauftragt

Abschluss Projekt

Umsetzung:

Nach Abschluss der Pilotphase am 30.04.2016 wurde das Austrittsmanagement auf allen Stationen der Akutsomatik umgesetzt.

Folgende Hilfsmittel werden angewandt:

- Die "Checkliste für Ihren Spitalaustritt" für Patienten, zur Vorbereitung auf den Austritt, wird flächendeckend eingesetzt.
- Die Austrittsdokumentation ist interprofessionell im Kisim Formular "Austrittsmanagement" abgebildet
- Der Medikationsprozess in den verschiedenen Kliniken wurde vereinheitlicht
- Für Assistenzärzte steht eine Checkliste mit den wichtigsten Punkten im Austrittsmanagement zur Verfügung

Wirkung:

Die Patientenzufriedenheit hat sich gemäss interner Messung leicht verbessert. Für weitere Verbesserungen wird die korrekte Umsetzung des Konzepts regelmässig geprüft.

18.2.2 Projekt Progress! Sichere Medikation an Schnittstellen

Die SRO AG engagierte sich als Pilotspital im Projekt "progress! Sichere Medikation an Schnittstellen" der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Weitere Informationen auf der Homepage von Patientensicherheit Schweiz: [Progress! Sichere Medikation an Schnittstellen](#).

Ein interprofessionelles Projektteam mit Vertretern aus Ärzteschaft, Pflege, Apotheke und Verwaltung hat den Medikationsprozess bei Eintritt mit Unterstützung der Stiftung für Patientensicherheit überarbeitet. Der überarbeitete Prozess wurde auf einer medizinischen Station geprüft.

Die Umsetzung der Erkenntnisse aus dem Projekt in allen Kliniken ist mit Aufnahme des sanaCERT Standards "sichere Medikation" geplant. Ab September 2017 wird sich ein interprofessionell zusammengesetzter Qualitätszirkel der Thematik annehmen.

18.2.3 Aufnahme des sanaCERT Standards "Mitarbeitende Menschen - Human Resources"

Im sanaCERT Standard Nr. 12 "Mitarbeitende Menschen - Human Resources" wird die Beziehung zwischen den in der Unternehmung arbeitenden Menschen und dem Unternehmen als Organisation thematisiert.

Der Standard 12 befasst sich mit den Themen Führung, Förderung und Schutz des Mitarbeitenden.

Projektziele

Umsetzung der Standardelemente und Bewertungskriterien gemäss den normativen Grundlagen von sanaCERT suisse

- Fördern und sicherstellen, dass die Mitarbeitenden und Führungsvorgesetzten die Konzepte Human Resources kennen und anwenden können.

Involvierte Berufsgruppen

- Ressortleitung Human Resources
- Direktor
- Leiterin Akutpflege
- Ärztlicher Direktor
- Sicherheitsbeauftragter
- Qualitätsbeauftragte

Projektablauf / Methodik

Analysephase

Prüfung und Zusammentragen der laufenden Konzepte im Ressort Human Resources und Abgleich mit den normativen Grundlagen sanaCERT. Identifikation von Themen, die aufgearbeitet werden müssen.

Umsetzungsphase

Planung und Umsetzung der identifizierten Massnahmen:

- Überarbeitung der Personalpolitik SRO
- Dokumentation des bereits umgesetzten Prozesses "Konfliktmanagement"
- Überarbeiten des Prozesses "Personalentwicklung"
- Auswertung des Konzepts "Seitenwechsel" zur Förderung der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit und der gegenseitigen Wertschätzung.
- Führungsschulung zur Führung von Mitarbeitergesprächen

Evaluationsphase

Die Umsetzung wird im zweiten Quartal 2016 mit einem internen Audit überprüft.

Abschluss

Die geplanten Massnahmen im Bereich der Umsetzungsphase konnten alle realisiert werden. Das interne Audit hat gezeigt, dass im Bereich der Durchdringung und flächendeckenden Anwendung der erarbeiteten Dokumente noch Aufholbedarf besteht.

Der Standard wurde im August 2016 durch die Stiftung sanaCERT suisse zertifiziert.

Das Projekt wird als Daueraufgabe des Qualitätszirkels "Mitarbeitende Menschen - Human Resources" weitergeführt.

Weiterführende Unterlagen

[Normative Grundlagen der Stiftung sanaCERT suisse](#)

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung AEMP

Projektstart: Januar 2016

Geplantes Projektende: Juni 2017

Projektziel:

Zertifizierung der AEMP (Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte) nach ISO 13485:2016

Involvierte Berufsgruppen:

- Ressortleiter OP-Zentrum (Projektleiter)
- Bereichsleiterin AEMP
- Fachexpertin für Infektionsprävention im Gesundheitswesen
- Facharzt für Infektiologie und Spitalhygiene
- Qualitätsmanagement

19 Schlusswort und Ausblick

Wir sind **zusammen** unterwegs

Das Jahr 2016 stand im Zeichen der sanaCERT Rezertifizierung. Das Engagement aller Mitarbeitenden in den verschiedenen Qualitätsaktivitäten, in ihrem Alltag und schliesslich auch im Rahmen des Re-Zertifizierungsaudits hat die erfolgreiche Re-Zertifizierung ermöglicht. Die Kommission Qualität und Sicherheit dankt allen Mitarbeitenden ganz herzlich für Ihren grossen Beitrag.

Mit der Erarbeitung des neuen Prozessportals, der Einführung des Patientenidentifikationsarmbandes sowie der Aufnahme neuer sanaCERT Standards stehen weitere grosse Qualitätsprojekte an, welche standardisierte Abläufe im interprofessionellen Setting fördern, einen Beitrag zur Patientensicherheit und zur Steigerung der Versorgungsqualität leisten. Die Kommission Qualität und Sicherheit dankt auch allen Mitarbeitenden, welchen sich in Erarbeitung und Umsetzung dieser Themen aktiv engagieren.

30.05.2017, Kommission Qualität und Sicherheit

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Augen (Ophthalmologie)
Ophthalmologie
Strabologie
Orbitaprobleme
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme
Glaukom
Katarakt
Glaskörper/Netzhautprobleme
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gefässe
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)

Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Radikale Zystektomie
Isolierte Adrenalektomie
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Plastische Rekonstruktion der Urethra
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq 2000g$)
Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)
Onkologie
Schwere Verletzungen
Unfallchirurgie (Polytrauma)

Bemerkungen

Die SRO AG ist im Kliniksystem organisiert. In verschiedenen Kliniken wird mit externen Belegärzten zusammengearbeitet. So können Patienten von einem breiten Leistungsangebot profitieren.

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
FX	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

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



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation 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 Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/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.

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).