

Qualitätsbericht 2017

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 2017.

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 der Vorlage 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 2017

Frau
Evelyn Müller
Qualitätsmanagerin / Qualitätsbeauftragte
062 916 35 07
ev.mueller@sro.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

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. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und 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. Die Publikationen hierzu 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 2017	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	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	21
4.5 Registerübersicht	22
4.6 Zertifizierungsübersicht	24
QUALITÄTSMESSUNGEN	25
Befragungen	26
5 Patientenzufriedenheit	26
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	26
5.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	27
5.3 Beschwerdemanagement	28
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	29
9 Wiedereintritte	29
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	29
10 Operationen	31
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen	31
11 Infektionen	33
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	33
12 Stürze	35
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	35
12.2 Eigene Messung	37
12.2.1 Interne Messung Sturz	37
13 Wundliegen	38
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	38
13.2 Eigene Messungen	40
13.2.1 Interne Messung Dekubitus	40
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	41
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	41
15 Psychische Symptombelastung	42
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	42

16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	44
17.1	Weitere eigene Messungen	44
17.1.1	Periodenprävalenzstudie nosokomiale Infektionen nach snip07 (swiss nosocomial infection prevalence study 2007).....	44
17.1.2	Händehygiene Compliance	44
17.1.3	Hygieneüberwachungen	45
17.1.4	Punktprävalenz-Erhebung der Healthcare-assoziierten Infektionen	46
18	Projekte im Detail	47
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	47
18.1.1	Weiterentwicklung Prozessportal	47
18.1.2	Weiterentwicklung "Ihre Meinung interessiert uns"	47
18.1.3	Aufnahme sanaCERT Standard "sichere Medikation"	48
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	49
18.2.1	Zertifizierung der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte nach ISO 13485:2016.....	49
18.2.2	Einführung Patientenidentifikationsarmband.....	49
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	50
18.3.1	T-Zertifikat in der Chirurgie	50
19	Schlusswort und Ausblick	51
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		52
	Akutsomatik	52
	Psychiatrie	54
Anhang 2		
Herausgeber		55

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 perioperative 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 8'573 stationäre und 51'510 ambulante Patienten behandelt. In den psychiatrischen Diensten wurden 12'101 stationäre Pflegetage generiert. Die SRO AG verfügte im Berichtsjahr über Total 855 Vollzeitstellen (ohne Pflege in Ausbildung / Praktikum).

Weitere Informationen zum Leistungsangebot der SRO AG sind auf der Homepage, unter www.sro.ch, abrufbar. Der Geschäftsbericht 2017 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 Jahr 2017 hat die Akutsomatik das Überwachungsaudit sanaCERT erfolgreich bestanden. Das Standardset von sanaCERT wird weiterentwickelt. 2017 wurde die Arbeit am Standard "Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten" aufgenommen; im Herbst 2017 startete zusätzlich der Qualitätszirkel "sichere Medikation" mit der Bearbeitung des entsprechenden Standards. Ziel ist es, den Standard „Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten“ 2019 den Auditoren zur Zertifizierung vorzulegen.

Mit der Zertifizierung der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) nach ISO 13485:2016 konnte 2017 ein weiteres Zertifizierungsprojekt erfolgreich abgeschlossen werden. Mit diesem Zertifikat kann die AEMP auch für externe Unternehmen Medizinprodukte aufbereiten.

Die Arbeit am Prozessportal bildete einer der Schwerpunkte im Jahr 2017. Gemeinsam mit den Prozessverantwortlichen werden die Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse im Standard BPMN 2.0 abgebildet. Dazu wurde ein entsprechendes Konventionenhandbuch definiert und die Prozessverantwortlichen geschult. In die Prozessdiagramme wurden die mitgeltenden Dokumente integriert. Das neue Portal zeichnet sich durch eine übersichtliche Darstellung der interprofessionellen Abläufe sowie durch eine potente Suchfunktion aus und stösst bei den Prozessverantwortlichen, wie auch bei den Mitarbeitenden auf breite Akzeptanz.

Das Management der stationären Patientenzufriedenheit wurde mit einer interprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppe strukturiert angegangen. Auf Basis der Resultate der letzten grossen Zufriedenheitsmessung wurden Massnahmen definiert und umgesetzt. Diese Arbeiten gehen im 2018 weiter; die Massnahmen werden auf Umsetzung und Wirksamkeit geprüft, angepasst und weitere Themenbereiche aufgenommen.

Zur weiteren Förderung der Patientensicherheit wurde im 2017 in der Akutsomatik das

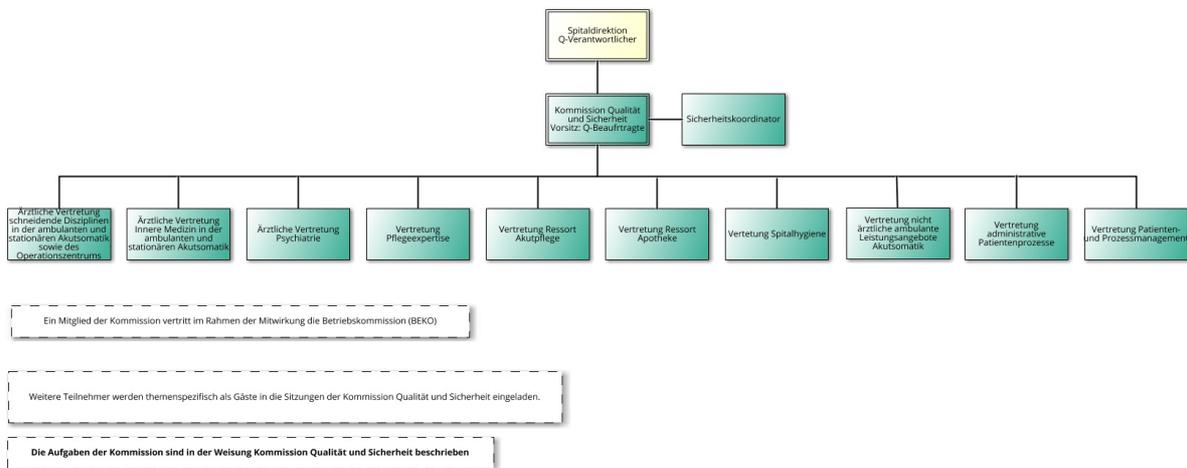
Patientenidentifikationsarmband eingeführt. In einem ersten Schritt dient das Armband reinen Identifikationszwecken. In Zukunft wird ein weiterer Einsatz im Bereich Bedside Scanning geprüft werden. Das Patientenidentifikationsarmband stösst sowohl bei Patienten, wie auch bei Mitarbeitenden auf breite Akzeptanz.

Auch im Jahr 2017 engagierte sich die SRO AG im Rahmen der Aktionswoche Patientensicherheit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Schwerpunktthema der Woche war „Speak Up!“, das Ansprechen von Sicherheitsbedenken im interdisziplinären und interprofessionellen Team. In den verschiedenen Bereichen der SRO AG hingen Plakate mit folgenden Claims: „Speak Up! – Ich nutze ‚Ich-Botschaften‘ statt ‚Du-Aussagen‘“, „Speak Up! – Ich bleibe am Thema dran“, „Speak Up! – Ich bin mir bewusst – alle wollen das Beste für den Patienten“. Weiter trugen die Mitarbeitenden Ansteckbuttons mit der Aufforderung „Speak Up!“, um das Gegenüber zum Ansprechen von Sicherheitsbedenken aufzufordern.

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. Über die Funktion des Q-Verantwortlichen wird die Kommunikation mit der Direktion sichergestellt.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

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 / Qualitätsbeauftragte
SRO AG, Spital Langenthal
062 916 35 07
ev.mueller@sro.c

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

Frau Monika Niklaus
Patienten- und Prozessmanagerin
SRO AG, Spital Langenthal
062 916 35 01
m.niklaus@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 2017

Erstzertifizierung Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte nach ISO 13485:2016

Die Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) hat die Erstzertifizierung nach ISO 13485:2016 erfolgreich bestanden. Das Qualitätshandbuch der AEMP ist ins Managementsystem (AEMP) der Gesamtunternehmung integriert und wurde durch die Bereichsleiterin und Fachverantwortliche der AEMP gemeinsam mit dem Qualitätsmanagement aufgebaut und intern geschult.

Überwachungsaudit sanaCERT

Nach dem Re-Zertifizierungsaudit 2016 unterzog sich die Akutsomatik der SRO AG im Jahr 2017 einem Überwachungsaudit. Im Rahmen dieses Audits wurde die Weiterentwicklung der im 2016 zertifizierten Standards geprüft. Den Auditor überzeugten die Anstrengungen der verschiedenen Qualitätszirkel in ihren Standards, was zu einem erfolgreichen Abschluss des Überwachungsaudits führte.

Weiterentwicklung Prozessportal

Die Überarbeitung des Prozessportals mit Modellierung der Prozessdiagramme im Standard BPMN 2.0 bildete einen weiteren Schwerpunkt im Jahr 2017. Per Ende 2017 waren für alle Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse Prozesslandkarten hinterlegt, wobei die Erarbeitung der Prozessdiagramme für die Hauptprozesse in verschiedenen Prozessen im 2018 weitergeht.

Engagement im Rahmen der Aktionswoche Patientensicherheit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Die Aktionswoche widmete sich 2017 dem Thema „Speak Up“. Einem Thema, das die SRO bereits 2016 aufgenommen hat und mit verschiedenen Massnahmen fördert und fordert. In der Aktionswoche Patientensicherheit wurden in den verschiedenen Bereichen mit drei verschiedenen Plakaten auf „Speak Up“ aufmerksam gemacht. Die Bereiche konnten aus folgenden Claims wählen: „Speak Up! –

Ich bleibe am Thema dran.“, „Speak Up! – Ich nutze „Ich-Botschaften“ statt „Du-Aussagen“ und „Speak Up! – Ich bin mir bewusst, alle wollen das Beste für den Patienten“. Weiter trugen alle Mitarbeitenden im Kerngeschäft Ansteckbuttons mit der Aufforderung „Speak Up!“, um das Gegenüber zu motivieren, Unsicherheit anzusprechen und Rückfragen zu stellen.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Kundenperspektive

Erhebung der Zufriedenheit der ambulanten Notfallpatienten

Überprüfung der Wirksamkeit der Massnahmen, welche aufgrund der Befragung 2015 initiiert wurden. Identifikation von Entwicklungspotential aufgrund von Patientenrückmeldungen auf der Notfallstation.

--> Wiederholen der Zufriedenheitsmessung Notfall mit dem standardisierten Fragebogen mecon, welcher im 2015 angewendet wurde.

--> Längsvergleich zu den Daten 2015 und Vergleich im Benchmark. Definition von konkreten Massnahmen.

Wegen Bauarbeiten im Notfallzentrum wurde die Befragung auf 2018 verschoben.

Patientenzufriedenheit stationäre Akutsomatik

Analyse der identifizierten Hotspots aus der Mecon Befragung 2015 sowie Planung und Umsetzung von Massnahmen.

--> Übernahme der Koordinationsfunktion in den verschiedenen Aktivitäten (erfolgt)

Folgende Massnahmen wurden umgesetzt:

- Analyse der Hotellerieleistungen, Definition der Verantwortlichkeiten und Klären von Unklarheiten bezüglich Abgrenzung Pflege / externe Reinigung
- Neu Definition des organisatorischen Eintrittsprozesses auf die Station (standardisierte Information)
- Überprüfung und Anpassung des Verpflegungsprozesses
- Tägliche Erhebung der Patientenzufriedenheit mit dem Ziel, Fragen während des Spitalaufenthaltes zu klären und auf Unzufriedenheiten unmittelbar reagieren zu können.
- Schulung der Deskmitarbeitenden durch Hotellerieschule

Prozessperspektive

Weiterentwicklung sanaCERT Standardset

Aktueller Stand im Thema "Umgang mit akut verwirrten Patienten" erheben und definieren der notwendigen Massnahmen zur Implementierung des Standards.

--> Zusammenstellen interprofessioneller Projektgruppen (erfolgt)

--> Orientierung an den sanaCERT Normen (erfolgt)

--> Durchführung eines internen Audits (erfolgt)

--> Analyse vorhandene Dokumente (erfolgt)

--> Analyse vorhandene Ergebniskriterien: Daten Prävalenzmessung zu den freiheitseinschränkenden Massnahmen und Sturzstatistik (laufender Prozess)

Weiterentwicklung Prozessportal

Führungs- und Kernprozesse sind nach Standard BPMN 2.0 im Prozessportal abgebildet.

--> Vorgehen gemäss definiertem Projektphasenplan (erfolgt)

Einführung Patientenidentifikationsarmaband

Vorprojekt zur Einführung des Patientenidentifikationsarmbands umsetzen.

Das Projekt zur Einführung eines Patientenidentifikationsarmbandes wurde priorisiert. Das Patientenidentifikationsarmband wurde in der gesamten stationären Akutsomatik eingeführt, sowie in der akutsomatischen Tagesklinik und bei den ambulanten Notfallpatienten. Die Weiterentwicklung des Armbandes, mit Nutzen für Bedside Scanning und Abscannen des Armbandes durch Geräte zur Überwachung der Vitalfunktionen, mit Schnittstelle ins Klinikinformationssystem, sind Folgeprojekte.

Ressourcenperspektive

Know-How-Sicherung interner Auditoren

--> Durchführen Refresher Schulung für interne Auditoren (erfolgt)

Akzeptanz und Anwendung Prozessportal

Ressource und Nutzen Prozessportal bei Mitarbeitenden anerkannt. Mitarbeitende haben ein grundlegendes Verständnis zur Notation BPMN 2.0.

--> Prozessmodellierung mit den Bereichen (in Umsetzung)

--> Informationen zu den Prozessen im Intranet (erfolgt)

--> Pocket Guide (erfolgt)

--> Durchführung von ein- und zweitägigen Kursen zur Modellierung im Standard BPMN 2.0 bei den Prozessverantwortlichen (erfolgt)

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Kundenperspektive**Patientenzufriedenheit**

- Möglichkeiten für Patientenrückmeldungen aus ambulanten Bereichen optimieren
- Möglichkeiten schaffen, dass Rückmeldungen aus Arztpraxen bekannt werden und bearbeitet werden können
- Möglichkeiten der neuen Homepage zur Vorstellung des Patientenmanagements ausschöpfen
- Überprüfung der Entwicklungen im Bereich Patientenzufriedenheit in den ambulanten Bereichen der Physiotherapie und des Notfallzentrums
- Umsetzung und Wirksamkeit der geplanten Massnahmen überwachen und bei Bedarf anpassen

Prozessperspektive

- Fehlende Prozesse im Prozessportal abbilden
- Regelmässige Überprüfung der Prozessdiagramme durch die Prozessverantwortlichen sicherstellen
- Integration des Prozessportals in die neu aufzubauende Sharepoint Umgebung
- Durchführung von internen Audits

Erstzertifizierung nach T-Zertifikat in der Klinik für Chirurgie

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

Weiterentwicklung des Patientenidentifikationsarmbandes bezüglich Möglichkeiten im Bereich Bedside Scanning.

Ressourcenperspektive

Qualitätsmanagement Know-How Mitarbeitende sichern

- Erarbeiten von E-learning Schulungen zu den Themen "CIRS", "Speak Up!" und Prozessportal

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 – Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

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 Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Interne Messung Sturz
<i>Wundliegen</i>
▪ Interne Messung Dekubitus
▪ Periodenprävalenzstudie nosokomiale Infektionen nach snip07 (swiss nosocomial infection prevalence study 2007)
▪ Händehygiene Compliance
▪ Hygieneüberwachungen
▪ Punktprävalenz-Erhebung der Healthcare-assoziierten Infektionen

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

Qualitätszirkel Delirmanagement

Ziel	Delirprävention sowie effektive Behandlung des Delirs
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	Erarbeitung eines Konzepts im interdisziplinären und interprofessionellen Qualitätszirkel.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte und Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifizierung nach sanaCERT suisse angestrebt.

Qualitätszirkel Sichere Medikation

Ziel	Verbesserung der Medikationssicherheit
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 von einheitlichen Medikationsprozessen gemeinsam mit den Kliniken, um die Medikationssicherheit insbesondere an den Schnittstellen zu verbessern. Im ersten Schritt liegt der Fokus auf der Eintrittsmedikation.
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte verschiedener Disziplinen, Apotheke, Entwicklung
Evaluation Aktivität / Projekt	Längerfristig ist die Erarbeitung des gesamten sanaCERT Standards "sichere Medikation" geplant, mit Zertifizierung.

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 bis zu einem Monat wird ein Thema nach Methode Kurzmoderation besprochen und Massnahmen definiert.
Involvierte Berufsgruppen	Akutupflege, 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

Patientenmanagement

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 Fragen und Anliegen 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, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. 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.

Folgende Gremien sind definiert:

Meldekreisverantwortliche pro Meldekreis, bestehend aus zwei bis maximal drei Personen mit Fach- oder Führungsverantwortung aus dem ärztlichen und dem pflegerischen, therapeutischen oder medizintechnischen Bereich.

Der CIRS-Zirkel, bestehend aus Kadermitarbeitenden aus den Bereichen Ärzte, Pflege, Apotheke und Qualitätsmanagement, trägt die Verantwortung für CIRS, hat Zugriff auf alle CIRS-Meldungen und übernimmt Bearbeitungs-, Controlling und Auswertungsaufgaben. Weiter ist der CIRS-Zirkel für den Export von CIRS-Meldungen in CIRNET zuständig.

CIRS-Zirkel und CIRS-Meldekreise treffen sich zwei Mal jährlich für einen Austausch.

An zwei Qualitätskonferenzen im Jahr werden den Mitarbeitenden Verbesserungsmassnahmen, die aus CIRS entstanden sind, vorgestellt.

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
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 Melde-System 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, Bariatric	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.lebendspende.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
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 1998
PublicDatabase Bestes Prüforga n ist der Patient	Alle Fachbereiche	Adjumed Services AG www.publicdatabase.ch	2012
VisHSM Register für Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	Chirurgie	Adjumed Services AG www.publicdatabase.ch	2011

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.

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	
ISO 13485:2016	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte	2017	2017	

Bemerkungen

Im Jahr 2018 wird die T-Zertifizierung in der Klinik für Chirurgie angestrebt.

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 aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
SRO AG, Spital Langenthal	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.05 (3.95 - 4.14)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.58 (4.48 - 4.68)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.54 (4.45 - 4.64)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.50 (4.37 - 4.62)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	3.99 (3.87 - 4.11)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	88.20 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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 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 sinnvoll angesetzt werden.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
SRO AG, Spital Langenthal			
Anzahl angeschriebene Patienten 2016	520		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	243	Rücklauf in Prozent	47 %

5.2 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Die ersten drei Fragen sind identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die letzten drei Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Psychiatrie angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

Messergebnisse

Die Messergebnisse 2017 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 18 Jahre) versendet, die von September bis November 2017 ausgetreten sind.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

SRO AG, Spital Langenthal

"Ihre Meinung interessiert uns"

Monika Niklaus

Patienten- und Prozessmanagerin

062 916 35 01

m.niklaus@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 und 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		2013	2014	2015	2016**
SRO AG, Spital Langenthal					
Beobachtete Rate	Intern:	4.80%	4.25%	4.72%	5.55%
	Extern:	1.10%	0.84%	0.56%	14.05%
Erwartete Rate		5.32%	4.92%	4.91%	4.99%
Verhältnis der Raten***				1.08	1.11

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** 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 potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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 Resultat wird analysiert, in der Kommission Qualität und Sicherheit diskutiert und gemeinsam mit den Klinikleitern werden Massnahmen geprüft und umgesetzt.

Angaben zur Messung

Nationales 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:	6199	

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	2013	2014	2015	2016 **
SRO AG, Spital Langenthal				
Beobachtete Rate	2.16%	1.93%	2.21%	2.39%
Erwartete Rate	2.33%	2.09%	2.06%	2.18%
Verhältnis der Raten***			1.07	1.1

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** 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 potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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

Nationales 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:	3646	

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, Wirbelsäulenchirurgie 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 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2017 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2017 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2017 (CI*)
			2014	2015	2016	
SRO AG, Spital Langenthal						
Blinddarm-Entfernungen	99	0	2.60%	3.90%	3.60%	0.00% (0.00% - 3.70%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	10	0	-	4.20%	0.00%	0.00% (0.00% - 30.80%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	49	9	18.00%	20.70%	26.40%	19.90% (8.70% - 31.10%)

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						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	140	1	3.50%	2.10%	2.60%	0.60% (0.00% - 2.00%)

* 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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

Nationales 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

	2014	2015	2016	2017
SRO AG, Spital Langenthal				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	4	1	0	2
In Prozent	6.30%	1.60%	0.00%	2.60%
Residuum*			0	

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. 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. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
SRO AG, Spital Langenthal			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	78	Anteil in Prozent (Antwortrate)	72.20%

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 2017 durchgeführt.

Stationäre Akutsomatik

In der Untersuchung berücksichtigt wurden alle stationären Patienten.

Anzahl Stürze total: 228

Anzahl Stürze ohne Folgen: 153

Anzahl Stürze mit leichter bis schwerer Verletzung: 65

Auf 10 Sturzprotokollen wurde die Art der Verletzung nicht notiert.

Die Sturzinzidenz (Stürze pro 1'000 Pflgetage) betrug 5.6

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Aktuelle Massnahmen:

- Resultate der Sturzerfassung in den Teams vorstellen
- Themenverantwortliche Sturz und Fachexpertinnen sind auf Stationsebene verantwortlich für die Umsetzung der Massnahmen
- Fortlaufende Erhebung der Anzahl eingesetzter Bodenpflegebetten
- Wenn EPA-AC Sturzgefahr aufzeigt, wird eine Pflegediagnose mit Massnahme in die Pflegedokumentation aufgenommen. Wird keine entsprechende Pflegediagnose formuliert, ist dies in der Pflegedokumentation begründet.
- Einsatz von BSiO bei unruhigen Patienten
- Abklärung von "Klingelbalken" am Bettrand (klingelt, wenn der Patient sich setzt)
- Einführung des sanaCERT Standards "Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten"

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

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. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. 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			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
SRO AG, Spital Langenthal						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	1	0	1	1.30%

** 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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. 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 \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ 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. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
SRO AG, Spital Langenthal			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	78	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	72.20%

13.2 Eigene Messungen

13.2.1 Interne Messung Dekubitus

Anzahl Dekubitus \geq Kategorie 2

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
In der Untersuchung berücksichtigt wurden alle stationären Patienten.

Anzahl erworbene Dekubitus \geq Grad 2 während dem Spitalaufenthalt: 13

Für die SRO AG bedeutet dies, dass 0.19 % 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.

Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2016
SRO AG, Spital Langenthal	

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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

In den stationären Psychiatrischen Diensten der SRO AG wurden im Erhebungszeitraum keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen angewendet.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 w hoch 2, Bern
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.
SRO AG, Spital Langenthal		
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2016		302

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

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

HoNOS Adults	2013	2014	2015	2016
SRO AG, Spital Langenthal				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-0.11	5.85	7.46	7.42
Standardabweichung (+/-)	0.13	6.30	7.04	6.07
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	-	7.05

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2013	2014	2015	2016
SRO AG, Spital Langenthal				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-0.08	38.90	32.72	38.76
Standardabweichung (+/-)	0.17	36.28	34.13	37.09
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	-	35.41

Wertung der Ergebnisse:

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

* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken.

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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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 werden in den psychiatrischen Diensten SRO vorgestellt und diskutiert. Die Datenqualität wird psychiatri intern 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

Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 w hoch 2, Bern
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

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 10.05.2017 bis 10.05.2017 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: 3.4 %

Anzahl untersuchter Patienten: 118 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

Nationales 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 01.07.2017 bis 30.09.2017 durchgeführt.

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

Die Gesamtcompliance betrug 84 %.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse werden in der Kommission Qualität und Sicherheit sowie in den einzelnen Teams vorgestellt. Durch gezielte Massnahmen auf Teamebene konnte die Händehygiene Compliance in verschiedenen Teams gesteigert werden. Teamübergreifend wurde das Vorgehen bei Verbandwechsel standardisiert und geschult. Mit dem neu definierten Standard wurde eine Anpassung bei den bestehenden Verbandswagen notwendig und umgesetzt.

Angaben zur Messung

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

17.1.3 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 3x 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 2017 durchgeführt.

Endoskopiezentrum der Standorte Langenthal und Niederbipp. Alle Gebäude der SRO AG.

Es wurden 32 Endoskope 3x/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, vergrünende Streptokokken) nachgewiesen.

Im Jahr 2017 wurden 101 Wasserproben auf Legionellen untersucht. Alle Messungen entsprachen den Vorgaben und bedurften keiner weiteren Massnahmen.

Angaben zur Messung

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

17.1.4 Punktprävalenz-Erhebung der Healthcare-assoziierten Infektionen

Das Bundesamt für Gesundheit lancierte die "Nationale Strategie zur Überwachung, Prävention und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen", die Strategie NOSO. Das Globalziel der Strategie ist die Reduktion der Anzahl von Healthcare-assoziierten Infektionen (HAI) und die Verhinderung der Ausbreitung potenziell gefährlicher Erreger im Bereich der stationären Pflege. Ein zentrales Element der Strategie besteht in der Beurteilung des Ausmasses der HAI in der Schweiz. Die HAI-Prävalenzerhebung stellt die einfachste Methode zur Durchführung dieser Beurteilung dar.

Quelle: <https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/punktpraevalenz-erhebung/ueber-die-punktpraevalenz-erhebung/>
aufgerufen am 30.04.2018

Diese Messung haben wir vom 10.05.2017 bis 10.05.2017 durchgeführt.

Die Messung wurde in den Kliniken der Akutsomatik durchgeführt.

Untersucht wurden 125 Patienten, welche am 10.05.2017 auf der stationären Akutsomatik hospitalisiert waren.

Am Stichtag wurden 125 Patienten untersucht.

Bei drei Patienten wurde eine healthcare-assoziierte Infektion festgestellt, welche jedoch nicht während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes erworben wurde.

Die Prävalenz bei Patienten mit healthcare-assoziierten Infektionen beträgt 2.4

Die Prävalenz bei Patienten mit während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes erworbenen Infektionen beträgt 0.00

An der Messung beteiligten sich 96 Schweizer Spitäler. Die Prävalenz über alle Spitäler lag bei 5.9.

Weitere Informationen unter: www.swissnos.ch --> [Punktprävalenz-Erhebung](#)

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Prävalenz der HAI in der SRO AG liegt unter dem Mittelwert der 96 Spitäler, die an der Erhebung teilgenommen haben.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	swissnoso
Methode / Instrument	Schweizer Punktprävalenz-Erhebung

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.

Per Ende 2017 waren die meisten Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse im Standard BPMN 2.0 abgebildet und im Prozessportal aufgeschaltet.

Im 2018 sind die noch fehlenden Prozesse zu erarbeiten und das Dokumentenmanagementsystem zu überprüfen.

Involvierte Berufsgruppen:

- Qualitätsmanagement
- IT Fachpersonen
- Einkauf
- Prozessverantwortliche

18.1.2 Weiterentwicklung "Ihre Meinung interessiert uns"

Mit der Weiterentwicklung der internen Patientenzufriedenheitsmessung "Ihre Meinung interessiert uns" sollen auch ambulante Patienten eine Plattform für Rückmeldungen erhalten. Dies bietet dem Patientenmanagement die Möglichkeit, auch diesen Rückmeldungen strukturiert nachzugehen und mit dem Patienten und dem involvierten Bereich zu klären.

Umsetzungsziele

- Rückmeldungsmöglichkeiten über die Homepage für ambulante und stationäre Patienten sowie spezifisch für Patienten des Notfallzentrums umsetzen
- Rückmeldungsformular zur Behandlung im Spital in Hausarztpraxen zur Verfügung stellen

Wirkungsziel

- Patientenrückmeldungen zu ambulanten Leistungsangeboten liegen vor
- Patienten erhalten eine zufriedenstellende Antwort auf Ihre Rückmeldung
- Rückmeldungen werden auch im ambulanten Bereich vermehrt für Prozessverbesserungen genutzt

Involvierte Bereiche

- Qualitätsmanagement
- Marketing
- Ambulante Leistungserbringer

18.1.3 Aufnahme sanaCERT Standard "sichere Medikation"

Mit der Bearbeitung des sanaCERT Standards "sichere Medikation" sollen die Erkenntnisse, welche aus der Teilnahme am Pilotprojekt "progress! - sichere Medikation an Schnittstellen" gewonnen werden konnten, für die weitere Entwicklung der Medikationsprozesse genutzt werden.

Im ersten Schritt wird der Fokus dabei, analog dem Projekt "progress!", auf die Medikationsanamnese bei Eintritt gelegt.

Umsetzungsziele:

- Definition des Prozesses zur Erhebung der Eintrittsmedikation bei elektiven Eintritten und Notfalleintritten in den verschiedenen Kliniken.
- Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung des gesamten Prozesses im Bereich "Voruntersuchung und Patientenaufklärung" sowie der Unterlagen, welche den elektiven Patienten vor Eintritt nach Hause geschickt werden.
- Strukturierter Prozess in der Erhebung der Medikationsanamnese mit einheitlichen Hilfsmitteln in den Kliniken

Wirkungsziele:

- Vollständige Erfassung der patienteneigenen Medikamente im Rahmen der Medikationsanamnese

Qualitätsziele:

- Die Prozesse und Hilfsmittel werden in einem interdisziplinären und interprofessionellen Qualitätszirkel erarbeitet, in welchem Ärzte der verschiedenen Kliniken, Pflegende sowie Personen aus der Administration vertreten sind.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Zertifizierung der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte nach ISO 13485:2016

Projektstart: Januar 2016

Projektziel

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

Projekttablauf

- Definition der Prozesslandkarte für die AEMP mit Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozessen
- Darstellung der Prozessdiagramme und Integration der mitgeltenden Dokumente
- Durchführung eines internen Hygieneaudits
- Durchführung eines internen Audits durch das Qualitätsmanagement

Involvierte Berufsgruppen

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

Projektelevaluation

Erfolgreiche Erstzertifizierung

18.2.2 Einführung Patientenidentifikationsarmband

Projektstart: Februar 2017

Projektziel

Alle stationären, teilstationären und ambulanten Notfallpatienten tragen während des Spitalaufenthaltes ein Patientenidentifikationsarmband, welches eine korrekte Patientenidentifikation in jeder Situation gewährleistet.

Projekttablauf

- Definition der Angaben auf dem Patientenidentifikationsarmband
- Evaluation von Armband und Drucker
- Definition des Prozesses zur Anlage des Armbandes sowie zur Durchführung der korrekten Patientenidentifikation
- Technische Anpassungen sowie Installation der Drucker
- Schulung der Mitarbeitenden
- Pilotprojekt mit anschliessender Auswertung
- Rollout auf allen Stationen

Involvierte Berufsgruppen

- Vertreter Notfallstation
- Vertreter Operationszentrum
- Vertreter Pflege
- Vertreter Patientenadministration
- Vertreter Informatik
- Qualitätsmanagement
- Externe Unterstützung im Bereich SAP

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 T-Zertifikat in der Chirurgie

Projektstart: November 2017

Geplantes Projektende: Juni 2018

Projektziel:

Zertifizierung der Klinik für Chirurgie nach den normativen Grundlagen des T-Zertifikats.

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärzte Chirurgie
- Chefarztsekretariat Chirurgie
- Qualitätsmanagement

Weiterführende Informationen:

<http://t-zertifikat.ch/>

19 Schlusswort und Ausblick

Wir arbeiten Hand in Hand

Darzustellen, wie in der SRO AG "Hand in Hand" gearbeitet wird, in den verschiedenen Bereichen, in den verschiedenen Prozessen, war einer der Schwerpunkte im Qualitätsjahr 2017. Die flächendeckende Modellierung der Prozesse im Standard BPMN 2.0 fördert die Ablauforganisation, indem der Fokus auf die Zusammenarbeit gelegt und die verschiedenen Nahtstellen geklärt werden. Damit wird organisationales Wissen gesichert, bestehende Mitarbeiter werden im Alltag unterstützt und neue Mitarbeitende können Abläufe einfach nachschlagen. Weiter wird mit diesen Bemühungen auch ein wichtiger Beitrag zur Patientensicherheit geleistet.

Die Kommission Qualität und Sicherheit dankt allen Prozessverantwortlichen und Modellierern, welche sich im Jahr 2017 beim Aufbau des Prozessportals, aber auch in weiteren Qualitätsthemen, wie der „Einführung des Patientenidentifikationsarmbandes“, in Qualitätszirkeln und in Zertifizierungsprojekten engagiert haben. Qualität entsteht bei den Mitarbeitenden, das Qualitätsmanagement unterstützt dabei mit Rahmenbedingungen sowie in beratender und unterstützender Funktion. In diesem Sinne freuen wir uns auf die weiteren Entwicklungen und Projekte zur Verbesserung der Qualität unserer Prozesse und Dienstleistungen.

31.05.2018, 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.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [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
Orbita, Lider, Tränenwege
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Glaskörper/Netzhautprobleme
Hormone (Endokrinologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
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. Woche und \geq 2000g)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 34. Woche 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 wahnhaftige 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**).