



solothurner spitäler ag

**Solothurner Spitäler AG
Schongrunstrasse 36 a
4500 Solothurner**

www.so-H.ch



Akutsomatik



Psychiatrie



Rehabilitation



Langzeitpflege

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

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

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Kantone / Gremien



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/h_verband/fachkommissionen



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



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

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie.....	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	2
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	3
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot.....	4
	C1 Angebotsübersicht	4
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	6
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011	6
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	7
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	7
	C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	8
	C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation).....	9
	C4-4 Personelle Ressourcen	9
	C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011.....	10
D	Qualitätsmessungen	11
	D1 Zufriedenheitsmessungen	11
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	11
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	13
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit.....	14
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit.....	15
	D2 ANQ-Indikatoren	16
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	17
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	18
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	19
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	21
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	23
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	26
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	27
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	28
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards.....	28
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte.....	28
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte	29
F	Schlusswort und Ausblick	30

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.



solothurner spitäler ag

Die Solothurner Spitäler AG (soH) - Ein Spital an mehreren Standorten

In der Solothurner Spitäler AG (soH) sind alle öffentlichen Spitäler im Kanton Solothurn zusammengefasst. Die soH führt an den Standorten Solothurn (BSS), Olten (KSO) und in Dornach (DO) Akutspitäler und bietet mit den Psychiatrischen Diensten (PD) ein umfassendes psychiatrisches Dienstleistungsangebot an. Im Gesundheitszentrum Grenchen werden verschiedene ambulante Dienstleistungen und spitalärztliche Sprechstunden angeboten.

Rund um die Uhr im Einsatz - zum Wohle der Bevölkerung

Im Jahr 2011 wurden in der soH 27'204 Patienten stationär und 128'197 Patienten ambulant behandelt. In den Frauenkliniken sind 1'146 Kinder geboren. Als Reaktion auf die steigenden Patientenzahlen in den Notfallstationen betreibt die soH, gemeinsam mit den Hausärzten der jeweiligen Region, je eine ambulante Notfallstation am Standort Solothurn und Olten. Für die psychiatrische Notfallversorgung führen die Psychiatrischen Dienste eine eigene Notfall- und Krisenambulanz auf dem Areal der psychiatrischen Klinik in Solothurn. Mit dem Rettungsdienst soH erfüllt die soH eine weitere, wichtige Dienstleistung zum Wohle der Bevölkerung.

Die soH als Arbeitgeberin

An den verschiedenen Standorten und in den zentralen Diensten arbeiten rund 3'400 Mitarbeitende aus den verschiedensten Berufsgruppen. Davon sind 350 Mitarbeitende in Ausbildung. Die Mitarbeitenden der soH sind dem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) des Kantons Solothurn unterstellt. An den Standorten Solothurn und Olten betreiben die soH Kinderkrippen, welche die professionelle Betreuung der Kinder berufstätiger Mitarbeitenden der soH übernehmen.

Die Standorte der soH

Bürgerspital Solothurn
Schöngrünstrasse 42
4500 Solothurn

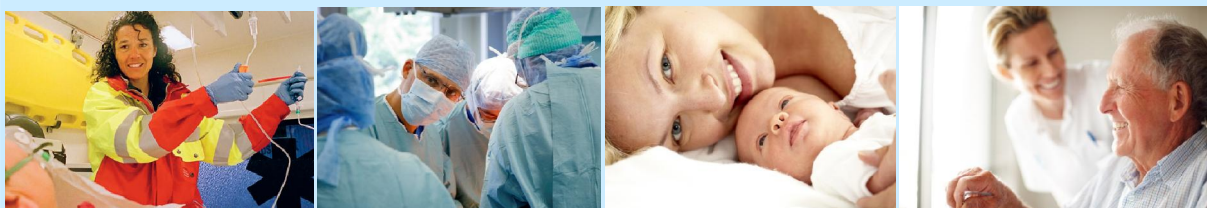
Kantonsspital Olten
Baslerstrasse 102
4600 Olten

Spital Dornach
Spitalweg 11
4143 Dornach

Psychiatrische Dienste
Weissensteinstrasse 102
4503 Solothurn

Weitere Informationen über die Solothurner Spitäler AG finden Sie auch auf unserer Website:

www.so-H.ch



B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

- Aufbau eines integrierten prozessorientierten Managementsystems, welches alle Aspekte der Unternehmensführung zusammenfasst.
- Schaffung von schlanken, fächer- und standortübergreifenden sowie interprofessionellen Prozessen, die auf den Patienten fokussiert sind und die Abläufe diagnostischer und therapeutischer Massnahmen optimal unterstützen. Kontinuierliche Optimierung dieser Prozesse und Strukturen.
- Durchführung und Weiterentwicklung regelmässiger Ergebnisqualitätsmessungen
- Anstreben der Zertifizierung von Angeboten, Strukturen und Prozessen in allen Bereichen.

Als Grundlage für unser Qualitätsmanagement gelten die Vorgaben des ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) sowie die Richtlinien der SAMW (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften). Der ANQ organisiert jährlich unterschiedliche Schweiz weite Messungen, an denen die soH mit dem Ziel teilnimmt, sich jeweils in der ersten Hälfte der Spitäler zu positionieren.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

Integriertes Managementsystem

Schwerpunkt bildet auch weiterhin der Auf- und Ausbau eines soH-weiten, prozessbasierten Managementsystems. Die Arbeiten konzentrierten sich auf das Kantonsspital Olten und die Psychiatrischen Dienste.

Behandlungspfade

Im Bereich des Kerngeschäfts lag der Fokus auf der Definition der wichtigsten Behandlungspfade. Diese regeln die gesamte Behandlung eines Patienten für ein bestimmtes Krankheitsbild vom Eintritt bis zum Austritt. Die Pfade werden interdisziplinär erarbeitet und so ausgerichtet, dass der Patient einen möglichst optimalen Weg durch das Spital nehmen kann und die begrenzten Ressourcen auch im Hinblick auf die Einführung der DRG gut koordiniert sind.

Das Kantonsspital Olten hat für die soH die Pilotrolle übernommen. Bürgerspital Solothurn und Psychiatrische Dienste haben mit Entwicklungsarbeiten begonnen, bzw. z.T. bereits abgeschlossen.

Patientensicherheit

Ein massgeblicher Beitrag zur Patientensicherheit wird weiterhin mit dem Fehlermeldesystem CIRS geleistet. Darin werden kritische Zwischenfälle erfasst, um Systemschwächen zu erkennen, Ursachen abzuklären und Massnahmen zur Fehlerverhinderung zu definieren.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Auf- und Ausbau des integrierten Managementsystems

- Aufbau Dokumentenmanagement in allen Bereichen des Kantonsspital Olten
- Aufbau von Direktionsführungsprozessen
- soH-weite Regelung zu Beschwerdemanagement und Rückmeldungen

Behandlungspfade

- Entwicklung von Behandlungspfaden in allen Disziplinen im Kantonsspital Olten
- Implementierung der Pfade in allen Bereichen des Kantonsspital Olten
- Entwicklung von ersten Behandlungspfaden im Bürgerspital Solothurn und in der Erwachsenenpsychiatrie

Durchführung von Ergebnis- und Patientenzufriedenheitsmessungen

- Messung der potenziell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape

- Erhebung SwissNOSO (Überwachung und Erfassung von postoperativen Wundinfekten)
- Nationale Patientenbefragung Akutsomatik
- Stationäre Patientenzufriedenheit Psychiatrische Dienste
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Auf- und Ausbau des integrierten Managementsystem an den Standorten inkl. Behandlungspfade

- Abschluss, bzw. Weiterführung der Arbeiten im Bereich der zentralisierten Prozesse (Labor, Radiologie, Rettungsdienst) sowie an allen Standorten
- Entwicklung von Standortführungsprozessen
- Ausbildung von Editoren für die Publikation aller Prozesse und der zugehörigen Vorgabedokumente im Prozess-Portal
- Weitere Definition und Implementierung von Behandlungspfaden im Kantonsspital Olten, im Bürgerspital Solothurn und den Psychiatrischen Diensten

Audit Managementsystem zentralisierte Prozesse und Kantonsspital Olten

- Durchführung eines externen Audits im Bereich der zentralisierten Führungs- und Supportprozesse sowie am Standort Olten mit Prüfung einer möglichen ISO-Zertifizierung.

Konsolidierung CIRS

Vereinfachung der bestehenden CIRS-Landschaft (verschiedene Meldesysteme)

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	355 Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Heinz Kohler *	032 627 11 11	heinz.kohler@spital.so.ch	Verantwortlicher Geschäftsleitung soH für Qualitäts- & Risikomanagement / Direktor PD & DO
Nathalie Hiemer	032 627 14 15	nathalie.hiemer@spital.so.ch	Qualitätsbeauftragte soH / PD
Barbara Sigrist	062 311 41 22	barbara.sigrist@spital.so.ch	Qualitätsbeauftragte KSO / DO
Annette von Ballmoos	032 627 30 54	annette.vonballmoos@spital.so.ch	Qualitätsbeauftragte BSS

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Solothurner Spitäler AG bzw. Standortname → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten:</p> <p>Bürgerspital Solothurn (BSS) Kantonsspital Olten (KSO) Spital Dornach (DO) Psychiatrische Dienste (PD) Klinik Allerheiligenberg (AHB) – Standort aufgehoben; Angebot per 31.03.2011 in KSO / PD integriert Spital Grenchen (GR); seit 01.11.2011 ambulantes Gesundheitszentrum</p>

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitätern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	BSS**, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten; ** in Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten und Inselspital
Allgemeine Chirurgie	BSS, KSO, DO	
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	BSS, KSO, DO	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	BSS*, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	BSS, KSO, DO ⁺	⁺ In Zusammenarbeit mit Belegärzten
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)	BSS**, KSO*	*In Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Aarau; ** eigenes Angebot und Zusammenarbeit mit Inselspital und Universitätsspital Basel
Handchirurgie	BSS, KSO, DO ⁺	⁺ In Zusammenarbeit mit Belegärzten
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	BSS, KSO, DO	
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	BSS, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
<input checked="" type="checkbox"/> Geriatrie (Altersheilkunde)	KSO	

Angebote medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	BSS, KSO, DO	
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	BSS, KSO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Bruderholzspital
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)	BSS, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	BSS*, KSO*, SD	In Zusammenarbeit mit Inselspital und Kantonsspital Aarau
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	BSS, KSO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten*
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Intensivmedizin	BSS, KSO	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	BSS	
Kinderchirurgie	BSS, KSO, DO	
Langzeitpflege	BSS, KSO, SD, PD	
Neurochirurgie		
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	BSS, KSO, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	BSS, KSO, DO ⁺	⁺ In Zusammenarbeit mit Belegärzten
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	BSS, KSO, DO ⁺	⁺ In Zusammenarbeit mit Belegärzten
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)	KSO	seit 2011
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	BSS, KSO, DO*	⁺ In Zusammenarbeit mit Belegärzten
Psychiatrie und Psychotherapie	PD, BSS*, KSO*, DO*	*In Zusammenarbeit mit Konsiliarärzten
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	BSS, KSO, DO	
Tropen- und Reisemedizin	BSS	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	BSS, KSO, DO	

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	BSS, KSO, DO	
Ergotherapie	BSS, KSO, DO	
Ernährungsberatung	BSS, KSO, DO	
Logopädie	BSS, KSO	
Neuropsychologie	BSS, PD	
Physiotherapie	BSS, KSO, DO	
Psychotherapie	PD	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	122725	114596	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	12	15	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	23489	22932	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	1148	1046	
Geleistete Pflegetage	159691	157297	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	551	500	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.9	6.9	
Durchschnittliche Bettenbelegung	87%	87%	

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant	5472	---	---	---
Tagesklinik	415	55	5	---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflegetage
stationär	176	2199	28.8	63395

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte, Anzahl Pflgetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient zu interpretieren?

- ① Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2011 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflgetage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebote stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Geriatrische Rehabilitation	KSO		751	15753
Muskuloskelettale Rehabilitation Neurologische Rehabilitation	BSS, KSO		1070	24961

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten? – NEIN

- ① Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbarere, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- ① Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.
- ① Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, mit **externen Spezialisten** nach Bedarf zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ mit zum Beispiel Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

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

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

- ① Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation	AHB bis 31.3.11		93	
Kardiale Rehabilitation	BSS, KSO		320	
Pulmonale Rehabilitation	BSS, KSO		103	

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- ① Spezifische Facharzttitle sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- ① Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von der Pflegetätigkeit in einem akutsomatischen Spital. Deshalb findet sich hier ein Hinweis auf die Anzahl diplomierter, rehaspezifischer Pflegefachkräfte.

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	x ja	BSS
Facharzt Neurologie	x ja	BSS, KSO
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	x ja	BSS, KSO (ambulant)
Facharzt Kardiale Rehabilitation	x ja	BSS, KSO (ambulant)
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	x ja	KSO
Facharzt Psychiatrie	x ja	PD

Diplomierte, rehaspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation	35	25.95

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2011	64	75	
Geleistete Pfl egetage	22897	28352	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	68	69	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	51.3	59.9	
Durchschnittliche Auslastung	92%	92%	

D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Stationäre Patientenzufriedenheit Akutsomatik

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

Stationäre Patientenzufriedenheit Psychiatrie

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?

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

Messergebnisse der letzten Befragung

	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	Kein Gesamtwert	Die Auswertung im Benchmark erfolgt nur pro Bereich
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Allgemeinpsychiatrie	73 %	100 % bedeutet eine maximale Zufriedenheit
Abhängigkeitserkrankungen	77 %	100 % bedeutet eine maximale Zufriedenheit
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input checked="" type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Bereiche Allgemeinpsychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Gerontopsychiatrie, Krisenintervention und Psychosomatik (neue Angebote)	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		137 Allgemeinpsychiatrie / 70 Abhängigkeitserkrankungen	
Rücklauf in Prozenten		58 / 85	Erinnerungsschreiben? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Name der Ansprechperson	Annette von Ballmoos
Funktion	Qualitätsbeauftragte BSS/GR
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	032 627 30 54, annette.vonballmoos@spital.so.ch Montag - Donnerstag
Bemerkungen	
Name der Ansprechperson	Barbara Sigrist
Funktion	Qualitätsbeauftragte KSO
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	062 311 41 22, barbara.sigrist@spital.so.ch
Bemerkungen	
Name der Ansprechperson	Brigitte Gehrig
Funktion	Stv. Direktorin Dornach
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	061 704 42 19, brigitte.gehrig@spital.so.ch
Bemerkungen	
Name der Ansprechperson	Nathalie Hiemer
Funktion	Qualitätsbeauftragte PD
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	032 627 14 15, nathalie.hiemer@spital.so.ch
Bemerkungen	

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	Kein Gesamtwert	Die Messungen sind unabhängig von einander
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik (KJPK)	94 %	100 % bedeutet eine maximale Zufriedenheit
Gerontopsychiatrie	77 %	100 % bedeutet eine maximale Zufriedenheit
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	PoC-18	Name des Messinstitutes
	CareMetrics		
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien	KJPK: Alle Eltern Gerontopsychiatrie: alle Angehörigen bei Austritt des Patienten		
	Ausschlusskriterien	KJPK: keine Gerontopsychiatrie: Angehörige Langzeitpatienten; wiederingetretene / verstorbene Patienten		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		KJPK: 9; Gerontopsychiatrie : 17		
Rücklauf in Prozenten		100% 32 %	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.			Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.				

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweiser (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiser-Zufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.		Begründung:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.				

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.		
Informationen für das Fachpublikum		
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ¹	

¹ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht :	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ²		

² Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Bürgerspital Solothurn

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung	247	3	1.21% (0.4-3.4)	3.1% (1.4-6.5)
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	144	12	8.33% (4.8-14)	13.1% (8.1-20.5)
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	33	2	6.06% (1.8-19.6)	6.8% (3.3-13.3)
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

Kantonsspital Olten

³ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ⁴ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung	192	10	5.21% (2.8-9)	4.5% (1.9-10)
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	95	7	7.37% (3.6-14.4)	15.9% (9.7-25)
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	45	1	2.22% (0.5-11)	3.6% (1.7-7.7)
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

Spital Dornach

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ⁵ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input checked="" type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung	71	1	1.41% (0.3-7.5)	0% (0.05-7.8)
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)	44	10	22.7% (12.8-37)	% ()
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	13	1	7.69% (1.7-33)	5.7% (2-15.6)
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
OPS-Begehung durch externen Experten Prof. Widmer, Uni Basel	Feststellen von Verbesserungsmöglichkeiten zur Vermeidung von nosokomialen Infekten	Operationssaal	10/2011 – 10/2012

⁴ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten⁶, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
63	In Prozent: 25.4	Hoher Anteil an Risikopatienten	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten wurden eingeschlossen, welche die schriftliche Einverständniserklärung unterschrieben haben	
	Ausschlusskriterien	Keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	251	Anteil in Prozent	67.65
Bemerkung	Die Auswertung erfolgt 2011 auf Ebene Gesamt-soH		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Refresher Sturzprophylaxe	Vereinheitlichung von Assessment und Intervention gemäss neusten Erkenntnissen	Alle Akut-somatischen Stationen	

⁶ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenz-erhebung 2011 ausgeschlossen.

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt			Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
28	In Prozent	11.1	17	In Prozent:	6.7	Hoher Anteil an Risikopatienten
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.						

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten wurden eingeschlossen, welche die schriftliche Einverständniserklärung unterschrieben haben	
	Ausschlusskriterien	Keine	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	251	Anteil in Prozent	67.65
Bemerkung	Die Auswertung erfolgt 2011 auf Ebene Gesamt-soH		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Refresher Dekubitusprophylaxe	Vereinheitlichung von Assessment und Intervention gemäss neusten Erkenntnissen	Alle Akutsomatischen Stationen	

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Bürgerspital Solothurn

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	8.73	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.65	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.77	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.74	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.17	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	900		
Anzahl der tatsächlich teilgenommenen Patienten	342	Rücklauf in Prozent	38
Bemerkung			

Kantonsspital Olten

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.03	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.70	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.92	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.82	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.25	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	715		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	362	Rücklauf in Prozent	51
Bemerkung			

Spital Dornach

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.14	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.26	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.54	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.93	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.22	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten	177		
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten	92	Rücklauf in Prozent	52
Bemerkung			

Bemerkungen

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut <input checked="" type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	Dezentrales Messinstitut <input type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> ESOPE <input checked="" type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH <input type="checkbox"/> NPO PLUS <input type="checkbox"/> Stevemarco sagl
---	--

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Ausführliche Patientenzufriedenheitsbefragung MECON	Ermittlung von detaillierten Anhaltspunkten für konkrete Verbesserungsmaßnahmen	Alle akutsomatischen Standorte	30.07.2012 – 28.10.12

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

D3 *Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011*

Es wurden keine weiteren Messungen durchgeführt.

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A = Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-Infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	A= 2007	A
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	A=2001	A
ASF (Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A=1983	A
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensivmedizin	A:SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	A=2008	A
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	A=2005	A
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	A=2002	A
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	A=2003	A
SIRIS ⁷ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	C = BSS: ab 1.9.12 C = KSO: ab 1.1.12 C = DO: ab 1.9.12	A
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	C: ab 2013	A

⁷ Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

E

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
EN ISO/IEC 17025 / ISO 15189	Labor BSS / KSO	2009 / 2010	2011 BSS	KSO ISO 9001 zertifiziert 2003 - 2009
ISO 9001:2000 RQS GSASA	Spitalapotheke an allen Standorten	2010	--	KSO/AHB bereits seit 2003 ISO-zertifiziert
IVR (Interverband für Rettungswesen)	Rettungsdienst BSS, KSO	2008 / 2007	--	
ISO 13485:2003	Zentralsterilisation BSS	2006	2009 / 2011	
QuaTheDA	Substitutionsgestützte Behandlungszentren PD	2009		
Stillfreundliche Geburtsklinik UNICEF	Frauenklinik BSS	2001		

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (EKAS)	Verbesserung der Arbeitssicherheit / Umsetzung Branchenlösung H+	Ganzer Betrieb	laufend
CIRS / CIRNET	Erfassen Beinahe-Fehler und Massnahmenableitung zur Erhöhung der Patientensicherheit	Ganzer Betrieb	laufend
Patientenrückmeldungen „Sagen Sie uns Ihre Meinung“	Niederschwellige Patientenrückmeldungen zur Optimierung der Zufriedenheit	Alle somatischen Standorte (PD ab 2012)	laufend
Aufbau Managementsystem	Aufbau eines integrierten prozessorientierten Managementsystems	soH-übergreifend: Logistik, Radiologie, Rettungsdienst, Labor KSO, PD, BSS	laufend
Behandlungspfade	Erstellung von Behandlungspfaden	KSO, BSS, PD	laufend
Medikamentenetikettierung-Konzept ISO Norm 26825/2007	Einheitliche Medikamentenbeschriftung für Spritzen	BSS, KSO	ab Mai 2012

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitle	Neue Speisekarte mit erweitertem Menüwahlangebot	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Die Hotellerie der soH will: <ul style="list-style-type: none"> • den Patienten einen Mehrwert und ein erweitertes Menüwahlangebot bieten • damit verbunden die Erhöhung der Patientenzufriedenheit 	
Beschreibung	Änderungen in der bestehenden Speisekarte: <ul style="list-style-type: none"> • Einführung Spezialitätenkarte für Patienten aller Versicherungskategorien im Bürgerspital Solothurn und im Kantonsspital Olten • Upgrade-Speisekarte für allgemeine Patienten • Mutation Hotellerie-Upgrade und Spitalclub 	
Projekttablauf / Methodik	Die Anregung zum Projekt gaben Patientenrückmeldungen und Patientenwünsche. Das Projektziel wurde in einer neuen Speisekarte mit einem erweitertem Menüwahlangebot definiert und von der Geschäftsleitung genehmigt. Nachdem die Mitarbeiter informiert wurden, konnten deren Inputs aufgenommen und im elektronischen Menüwahlsystem umgesetzt werden. Per 01.12.2011 wurde die neue Speisekarte eingeführt	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	Bürgerspital Solothurn und Kantonsspital Olten	
Involvierte Berufsgruppen	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
	Zur Projektplanung: Leiter Gastronomie soH und die beiden Leiter Gastronomie Standorte Bürgerspital Solothurn und Kantonsspital Olten. In der Umsetzungsplanung die Mitarbeiter der Hotellerie, Küche und Pflege.	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Erste Evaluation (Zwischenergebnis 1. Quartal 2012) hat stattgefunden: <ul style="list-style-type: none"> • Rege Benutzung dieser Wahlmöglichkeit insbesondere von zusatzversicherten Patienten Weitere periodische Evaluationen geplant.	
Weiterführende Unterlagen	Auf Anfrage	

F

Schlusswort und Ausblick

Der Auf- und Ausbau des integrierten Managementsystems einschliesslich der Implementierung interdisziplinärer Behandlungspfade schreitet zunehmend zügig voran und wird in den nächsten Jahren die ganze Solothurner Spitäler AG umfassen.

Schnittstellenklärung, Optimierung und soweit möglich Standardisierung unterstützen die Effizienz und erhöhen die Patientensicherheit. Nachvollziehbar dokumentierte und für jedermann zugängliche Abläufe vermitteln insbesondere neuen Mitarbeitenden Sicherheit über die Behandlungsabläufe und sorgen dafür, dass die Patienten einen möglichst reibungslosen Spitalaufenthalt erleben.

Das Audit eines ersten Teils des Managementsystems wird noch bestehende Lücken aufzeigen und ein erster Schritt hin zu einem permanenten Verbesserungskreislauf auch auf dieser Ebene sein.

Daneben wird das Fehlermeldesystem CIRS auch in Zukunft als wichtiges Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit dienen und ein wesentlichen Pfeiler auf dem Weg hin zu einer lernenden Organisation bleiben. Ein entsprechender Systemausbau wird sowohl die einfache Erfassung und damit auch eine weitere Erhöhung der Meldungszahlen unterstützen wie auch die Bearbeitung und Ableitung von Massnahmen.

Die Solothurner Spitäler AG unterstützt die Entwicklung von fundierten Qualitätsvergleichen und kommuniziert die erreichten Ergebnisse transparent. Die Ausschöpfung des vorhandenen Optimierungspotenzials geht damit einher.