

Qualitätsbericht 2008 der Regionalspital Emmental AG



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Die Regionalspital Emmental AG (RSE AG)	3
1.2	Verzeichnis der Anhänge	3
1.3	Angaben zu Kontaktpersonen	3
2	Q-Strategie und Erfolge	4
2.1	Q-Strategie der RSE AG	4
2.2	Q-Hauptschwerpunkte im Berichtsjahr	4
2.3	Erreichte Q-Ziele im Berichtsjahr.....	4
3	Q-Aktivitäten	5
3.1	Übersichtsliste und Grad der Umsetzung von permanenten Q-Massnahmen.....	5
3.2	Übersichtsliste von Qualitätsmessungen im Berichtsjahr	6
3.3	Übersichtsliste der Q-Projekte.....	7
4	Ausgewähltes Qualitätsprojekt: Pflegerzertifizierung der Pflegeabteilungen durch die Concret® AG	8
4.1	Ausgangslage und Bedeutung für die RSE AG.....	8
4.2	Projektziele / Projektablauf / Methodik	8
4.3	Ergebnisse / Projektevaluation / Konsequenzen.....	9
5	Kennzahlen der Ergebnisqualität	10
5.1	QABE flächendeckende Datenerhebungen und -auswertungen	10
5.1.1	<i>Indikator: Patientenzufriedenheit im stationären Bereich</i>	10
5.2	Weitere QABE Aktivitäten.....	11
5.2.1	<i>Indikator: Austrittsmanagement</i>	11
5.2.2	<i>Indikator: Dekubitus</i>	13
5.2.3	<i>Indikator: Proximale Femurfraktur</i>	14
6	Ausblick	15
7	Anhänge	16
I.	Mitglieder der Q-Kommission	16
II.	Q-Leitsätze	16
III.	Verweis zu weiteren relevanten Dokumenten	17

1 Einleitung

1.1 Die Regionalspital Emmental AG (RSE AG)

Die Regionalspital Emmental AG ist ein Akutspital mit den Standorten Burgdorf und Langnau und gewährleistet die Spitalversorgung für eine Bevölkerung von rund 120'000 Einwohnern. An beiden Standorten besteht über 24 Stunden ein Angebot in der medizinischen Grundversorgung, der Notfallversorgung sowie im Rettungsdienst. In Burgdorf werden zusätzlich spezialärztliche Disziplinen angeboten, am Standort Langnau wird ausserdem eine Abteilung für Komplementärmedizin betrieben.

Nebst der Pflege von partnerschaftlichen Beziehungen zu den niedergelassenen ÄrztInnen ist die RSE AG bestrebt, sich mit weiteren Institutionen des Gesundheitswesens (z.B. Spitex, Alters- und Pflegeheime) eng zu vernetzen.

Die RSE AG verfügt über insgesamt 170 Betten für den Akutbetrieb. 2008 wurden 8'067 stationäre, 3'430 teilstationäre und 32'118 ambulante Patienten behandelt. Zusätzlich kommen jährlich über 500 Babys im RSE auf die Welt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro stationären Patienten beträgt für das Jahr 2008 7.0 Tage. Die Bettenauslastung liegt bei 86.2%.

Die RSE AG beschäftigt rund 1'100 Mitarbeitende in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung und verfügt über mehr als 50 Ausbildungsstellen. Im Akutbereich wird ein Betriebsaufwand von rund 95 Mio. CHF generiert.

Medizinische Kern- und Spezialdisziplinen

Anästhesiologie	Infektiologie	Onkologie
Angiologie	Intensivstation	Ophthalmologie
Chirurgie	Intermediate Care	Orthopädie
Diabetologie/Endokrinologie	Kardiologie	Pneumologie
Gastroenterologie	Komplementärmedizin	Psychiatrie
Geburtshilfe	Medizin allgemein	Radiologie
Gynäkologie	Nephrologie	Rettungsdienst
HNO	Notfallstation	Urologie

1.2 Verzeichnis der Anhänge

Anhang I: Mitglieder der Q-Kommission

Anhang II: Q-Leitsätze

Anhang III: Verweis zu weiteren relevanten Dokumenten

1.3 Angaben zu Kontaktpersonen

- Herr Bruno Haudenschild (Vorsitzender der Geschäftsleitung)
- Frau Christiane Gaudy (Leiterin Pflegedienst, Vorsitzende der Qualitätskommission)
- Frau Sandra Lambroia Groux (Leiterin Organisationsentwicklung / Qualitätsmanagement)

2 Q-Strategie und Erfolge

2.1 Q-Strategie der RSE AG

Im Februar 2004 wurde folgende übergeordnete Botschaft zur Qualität in der RSE AG von der Geschäftsleitung verabschiedet:

Qualitätsbotschaft:

Im Zentrum unseres Handelns steht der Mensch, sei es als Patient/in, als Angehörige/r oder als Mitarbeiter/in (Leitbild RSE). Mit einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung verfolgen wir das Ziel, diesem Anspruch weiterhin gerecht zu werden! Wir verstehen das Streben nach Qualität als Verpflichtung für jede(n) Einzelne(n), von der Geschäftsleitung bis zu den Auszubildenden.

2.2 Q-Hauptschwerpunkte im Berichtsjahr

Re-Zertifizierung nach sanaCERT Suisse

Drei Peers der Stiftung sanaCERT Suisse haben am 24. und 25. September 2008 die beiden Standorte Burgdorf und Langnau auditiert. Die RSE AG wurde infolgedessen re-zertifiziert. Von 32 möglichen Punkten wurden insgesamt 26 erreicht. Die für eine Zertifizierung minimal notwendige Punktezahl beträgt 20. Bei zwei Standards (Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene und Standard 5: Schmerzbehandlung) konnte die Bestnote D (umfänglich erfüllt) erreicht werden. Die restlichen Standards wurden mit der Note C (in substantiellem Ausmass erfüllt) erfolgreich zertifiziert. Die Zertifizierung nach sanaCERT stellt einen wichtigen Eckpunkt in der interdisziplinären Zusammenarbeit dar und soll auch in Zukunft Schwerpunkt in der Qualitätsarbeit sein.

Pflegezertifizierung der Pflegeabteilungen durch die Concret AG

Vgl. Kapitel 4

2.3 Erreichte Q-Ziele im Berichtsjahr

Im Zentrum standen die Fortführung und Konsolidierung der bestehenden Qualitätsprojekte und –bemühungen. Die Patientenzufriedenheit und das Beschwerdemanagement sind weiterhin wichtige Punkte, mit welchen die RSE AG zur lernenden Organisation wird. Eine kontinuierliche Verbesserung des Patientenprozesses ist längerfristiges Ziel der RSE AG. 2008 wurden dafür die Bereiche Patientenaufnahme und Sozialdienst sowie das Austrittsmanagement durchleuchtet und Anpassungen vorgenommen.

Die Re-Zertifizierung durch SanaCERT konnte erfolgreich durchgeführt werden. Es wurden sechs Standards zur Re-zertifizierung angemeldet. Zusätzlich wurden zwei neue Standards erarbeitet und zur Zertifizierung vorgelegt.

Das Ziel, alle Pflegeabteilungen das Pflege-Zertifizierungsverfahren der Concret AG durchlaufen zu lassen, konnte weiter verfolgt werden. Zertifiziert sind neu die Abteilungen 1., 2., und 4. OG Burgdorf, sowie die Chirurgie Langnau. Alle bereits zertifizierten Abteilungen haben das jährliche Überwachungsaudit mit Erfolg bestanden. Zudem kann eine nachhaltige Sicherung, Förderung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgewiesen werden.

Es wurde eine Risikoanalyse auf Stufe Gesamtspital durchgeführt und eine Risikolandkarte auf Stufe Gesamtspital erarbeitet. Weiter konnte ein internes Kontrollsystem (IKS) aufgebaut und implementiert werden, das insbesondere die Zuverlässigkeit der finanziellen Berichterstattung sicherstellt.

3 Q-Aktivitäten

3.1 Übersichtsliste und Grad der Umsetzung von permanenten Q-Massnahmen

Zertifizierungen, Akkreditierungen

Bezeichnung	Bereich A = Ganzer Betrieb; B = Fachdisziplin z.B. Physiotherapie, Medizinische Abteilungen, Notfall, etc C = einzelne Abteilung	Norm	Status A = Bereits rezertifiziert, akkreditiert im Berichtsjahr; B = Zertifizierung im Berichtsjahr; C = Zertifizierung; Akkreditierung in Vorbereitung
Qualitätsstandards sanaCERT Suisse: - Qualitätsmanagement - Infektionsprävention und Spitalhygiene - Schmerzbehandlung - Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus - Risikomanagement - Palliative Betreuung - Dekubitusvermeidung und -behandlung - Konsiliardienst Psychiatrie	A	sanaCERT	B
Concret-Zertifizierung	C	Concret-Indikatoren	A, B
SGI-anerkannte Intensivstation in Burgdorf	B	SGI	A
Anerkennung der Schweizerischen Stiftung zur Förderung des Stillens als "Stillfreundliches Spital"	C	UNICEF	A
Labor zertifiziert nach QUALAB (B-Labor), 2x/Jahr Supervision durch FAMH	B	QUALAB	A
Zertifizierung Operationssaal-belüftung durch Clean Air Service (CAS) AG	B	CAS	A
Weitere interne Standards: - Fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) - Heimanmeldung - Rehabilitation im Akutspital etc.	A	RSE	A

Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich A = Ganzer Betrieb; übergreifend B = Fachdisziplin z.B. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc C = einzelne Abteilung	Erfassungs- grundlage A = Fachgesellschaft; B = Anerkannt durch QABE oder andere Organisation C = betriebseigenes System	Status A = Umsetzung/Beteiligung seit mehr als einem Jahr; B = Umsetzung/Beteiligung im Berichtsjahr; C = Einführung im Berichtsjahr
Isolationstage	A	C	A
Sturzerfassung	A	C	A
Schmerzerfassung	A	C	A
Erfassung Blutzucker	A	C	A
SIRIS (Schweizer Implantat Register) geführt von der Stiftung für Qualität in der Orthopädie	B	A	A
AQC (Datenbank der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie)	B	A	A
AFS (Gynäkologie und Geburtshilfe)	B	A	A
Minimal Dataset für Schweizerische Gesell- schaft für Intensivmedizin	B	A	A
Schweizerisches Dialyseregister	B	A	A

3.2 Übersichtsliste von Qualitätsmessungen im Berichtsjahr

Bezeichnung	Bereich A = Ganzer Betrieb; B = Fachdisziplin z.B. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc C = einzelne Abteilung	Erfassungs- grundlage A = validierte Instrumente; B = betriebseigene Instrumente	Status A = beendet B = laufend
PEQ-Pilotmessung Kanton Bern (Patient Experience Questionnaire)	A	A	A
Austrittsmanagement (Verein Outcome)	A	A	A
Messung Dekubitus (Verein Outcome)	A	A	A
Befragung der stationären Patienten nach Austritt durch Ombudsfrau	A (Standort Langnau)	B	B
Nosokomiale Infektionen Messung SSI (Surgical Site Infections) des ICHV	A	A	B
CVI-QABE (Verein Outcome, QABE)	A	A	A

Angehörigenbefragung von am Palliativprogramm teilnehmenden Patienten	A	B	B
Proximale Femurfraktur (Verein Outcome)	B	A	B
Interne Audits zur Aufrechterhaltung des Qualitätskreislaufs, z.B.: - Qualitätsmanagement - Händehygiene - Palliative Betreuung - Schmerzbehandlung - Brandschutz - Abfallentsorgung - Stromausfall - Pflegedokumentation - Pflegevisite - Dekubitus - Bezugspersonen etc.	A, B, C	A, B	B

3.3 Übersichtsliste der Q-Projekte

Bezeichnung	Bereich A = Ganzer Betrieb; B = Fachdisziplin z.B. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc C = einzelne Abteilung	Ziel	Dauer
Concret®	B	Zertifizierung der Pflegeabteilungen gemäss Qualitäts-Label der Concret AG	2004 - 2010
KIS (Krankenkaus-Informationssystem)	A	Einführung eines KIS	2005 - 2012
Skill-Mix	B	Change-Management in der Pflegeorganisation	2006-2009
Pyxis® Medsystem	A	Elektronische Unterstützung Medikamentenprozess	2006-2009
Betten Hill-Rom® Avant-Guard®	A	Qualitätsverbesserung durch Infrastrukturoptimierung	2007-2008
sanaCERT Suisse Re-Zertifizierung	A	Re-Zertifizierung	2008
Risikomanagement und IKS	A	Einführung eines Risikomanagement- und IKS-Systems	2008 - 2010

4 Ausgewähltes Qualitätsprojekt: Pflegezertifizierung der Pflegeabteilungen durch die Concret® AG

Das Projekt strebt den Erwerb des Pflegequalitätslabel der Concret AG an. Der im letzten Berichtsjahr erwähnte eingeleitete Prozess bezüglich Zertifizierungsvorhaben wurde weitergeführt.

4.1 Ausgangslage und Bedeutung für die RSE AG

Ständige und rasche Veränderungsprozesse in Gesellschaft, Gesundheitswesen sowie in den Gesundheitsberufen haben einen grossen Einfluss auf die Patientensituationen und somit auf die Gestaltung der Pflegepraxis, bzw. die Arbeitsprozesse in einem Akutspital.

Die Aufenthaltsdauer der Patienten nimmt stetig ab, wobei im Gegensatz die Pflegeintensität, bedingt durch demographische Veränderungen (ältere PatientInnen) und die damit zusammenhängende Multimorbidität, zunimmt. Im Hinblick auf diese verkürzte Aufenthaltsdauer bei gleichzeitig psychisch/psychosozial immer komplexeren Situationen müssen die Arbeits- und Organisationsmethoden adaptiert werden. Der höhere Kooperations- und Koordinationsaufwand im interdisziplinären Kontext bedingt ziel- und prozessorientierte Arbeitsmethoden. Spürbar wirken sich der zunehmende Kostendruck und insb. die Frage nach der Legitimation bzw. Wirksamkeit der erbrachten (Pflege-)Leistungen aus.

Im Sinne eines pro-aktiven Vorgehens und als Strategie zur Begegnung der sich rasant verändernden Rahmenbedingungen wurde ein Monitoring der Pflegequalität in Betracht gezogen. Der systemische Ansatz der Pflegequalitätserhebung mittels quantitativen und qualitativen Indikatoren sowie der patientenorientierte Ansatz der Messmethode Q der Concret AG entsprechen dabei den komplexen Herausforderungen im Berufsfeld Pflege.

4.2 Projektziele / Projektablauf / Methodik

Die Pflegedienstleitung der RSE AG definierte 2004 das Ziel, gestaffelt sämtliche Pflegeabteilungen der Standorte Burgdorf und Langnau hinsichtlich Pflegequalität durch die Concret AG zu zertifizieren, mit den folgenden Zielsetzungen:

- Beurteilung, Sicherung und Förderung der Pflegequalität
- Implementierung und Verankerung der Systematik der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung auf Abteilungsebene

Ablauf der Pflegezertifizierung

Initial wird auf der betreffenden Abteilung durch zwei ExpertInnen während drei Tagen eine so genannte „Pflegequalitätserhebung“ durchgeführt, wobei die Pflege und die Betreuung in zwei Patientensituationen hinsichtlich der erbrachten Pflegequalität analysiert und beurteilt werden. Beurteilt werden direkte Pflegeleistungen am Patientenbett, die Umsetzung von fachlichen Grundlagen (Konzepte, Richtlinien, Standards etc.), die Gestaltung der (interdisziplinären) Zusammenarbeit sowie der Pflegeprozess, abgebildet in der Pflegedokumentation. In der Beurteilung des Pflegeprozesses wird explizit der Bedarf an Pflege anhand von Pflegediagnosen geprüft und trägt so einerseits dem von der Pflegedienstleitung angestrebten Qualitätsniveau der angemessenen und patientenorientierten Pflege und andererseits der Legitimation und Wirksamkeit der erbrachten Pflegeleistungen Rechnung.

Am Schluss der Erhebung findet ein Feedbackgespräch mit dem involvierten Pflegeteam statt und es wird ein Schlussbericht mit Empfehlungen und Massnahmen über 11 Indikatoren¹ erstellt. Der Bericht bildet die Grundlage für die Entwicklung/Implementierung von gezielten Verbesserungsmassnahmen im Zertifizierungsprozess. Dieser Prozess wird in der RSE AG in Kooperation von der Pflegeentwicklung und der jeweiligen Abteilungsleiterin gestaltet. In einem ersten Schritt wird anhand der Kriterien Priorität, Wichtigkeit und Machbarkeit ein abteilungsspezifischer Massnahmenplan mit konkreten Qualitätszielen und Interventionen erarbeitet, der anschliessend schrittweise implementiert wird. Dabei werden Schlüsselpersonen im Team explizit einbezogen bzw. bei der Umsetzung integriert.

Nach ca. einem Jahr werden beim Zertifizierungsaudit das Ergebnis bzw. die Auswirkungen des eingeleiteten Qualitätsentwicklungsprozesses beurteilt: Einerseits in einem Auditgespräch, andererseits durch die Überprüfung von erarbeiteten Grundlagen sowie mittels Interview eines Patienten und einer Mitarbeiterin des Pflegeteams.

Gilt der Qualitätsentwicklungsprozess als gelungen, wird ein Qualitätszertifikat mit einer Gültigkeit von drei Jahren ausgestellt. In diesem Zeitraum findet jährlich ein Überwachungsaudit statt mit dem Ziel, einzuschätzen, inwiefern das im Zertifizierungsverlauf entwickelte Qualitätsentwicklungssystem auf Abteilungsebene weiter verankert wird.

4.3 Ergebnisse / Projektevaluation / Konsequenzen

Aktuell sind am Standort Burgdorf alle Pflegestationen (Intensivstation, Pflegestationen 1. bis 4. OG) und am Standort Langnau 3 Pflegestationen (Medizin 1 und 2, Chirurgie) zertifiziert. Die Abteilung Komplementärmedizin (Langnau) befindet sich im Zertifizierungsprozess, der voraussichtlich Anfang 2010 abgeschlossen werden kann.

Rückblickend hat sich die Systematisierung der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung auf Abteilungsebene bewährt. Vielfach zeigen sich die eingeleiteten Massnahmen sehr nachhaltig, indem diese auch nach Abschluss der Zertifizierung wie selbstverständlich im Pflegealltag integriert werden. Die systematische Implementierung des Qualitätskreislaufes sowie die entwickelten Evaluationsinstrumente werden mit einem hohen Selbstverständnis im Tagesgeschehen integriert. Die hohe Praxisrelevanz mit unmittelbaren Auswirkungen auf die bei den PatientInnen erbrachten Pflegeleistungen, wird aus Sicht der Pflegeteams als sinnstiftend betrachtet. Die Weiterentwicklung des professionellen Handelns kann zudem auch als Massnahme zur individuellen Mitarbeiterförderung/Personalentwicklung gesehen werden. Die Prozessbeteiligung der Mitarbeitenden im Sinne eines Total Quality Managements bewirkt eine hohe Identifikation.

In den Pflegeteams ist der Qualitätsgedanke Teil des Alltags geworden. Das professionelle Handeln wird laufend hinterfragt, reflektiert und ein kontinuierlicher und gezielter Verbesserungsprozess wird wie selbstverständlich zur Daueraufgabe. Nicht zuletzt, gelingt es mit dieser Systematik ständig verändernde Rahmenbedingungen aktiv mitzugestalten.

Fazit: Die Pflegezertifizierung kann als sinnvolle Strategie gesehen werden, den Umgang mit sich ständig verändernden Rahmenbedingungen gezielt, bewusst und verantwortungsvoll unter Einbezug der Betroffenen zu gestalten.

1

*Concret-Indikatoren:

- 1) Grundlagen der Organisation
- 2) Finanzielle und personelle Ressourcen
- 3) Personalentwicklung
- 4) Infrastruktur & Ausstattung
- 5) Richtlinien und Handlungsanleitungen
- 6) Prozessorganisation in der Pflege
- 7) Kontinuität in der Behandlungs-/ Versorgungskette
- 8) Professionelle Kooperationen
- 9) Ausführung der Pflege
- 10) Fachexpertise
- 11) Outcome

5 Kennzahlen der Ergebnisqualität

5.1 QABE flächendeckende Datenerhebungen und -auswertungen

5.1.1 Indikator: Patientenzufriedenheit im stationären Bereich

Beschreibung	Verwendetes Instrument	Patientenkollektiv <i>E = Ein- und A = Ausschlusskriterien R = Rücklafrate in %</i>			
PEQ Patientenfragebogen zur Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt	Kurzfragebogen PEQ (Patients' Experience Questionnaire) 15 Fragen Bewertung: 1-6 6=sehr zufrieden bis 1=sehr unzufrieden	E = Aufenthalt im Akutspital mit > 1 Übernachtung im Spital A = Wöchnerinnen; Wohnsitz im Ausland Erinnerungsversand durchgeführt: ja R= 67.1%			
Methodik und Durchführung <i>Datensammlung durch</i>	Datenanalyse durch	Dauer der Befragung	Durchgeführte Korrekturen <i>(nach Patienten-Mix etc)</i>		
Verein Outcome	Verein Outcome	12 Wochen	Keine		
Resultate <i>Beschreibung der Variable / Messgrösse</i>	SpitalQ ₇₅ <i>Oberstes Quartil</i>	SpitalQ ₅₀ <i>Median</i>	SpitalQ ₂₅ <i>Unterstes Quartil</i>	Spital _M (SD) <i>Durchschnittswert der RSE AG</i>	BE _M (SD) <i>Durchschnittswert der Berner Spitäler 2007/08</i>
Skala: Ärztliche Versorgung	6	5	2	5.4	5.4 (0.7)
Skala: Pflegerische Versorgung	6	5	1.8	5.4	5.4 (0.7)
Skala: Organisation, Management und Service im Spital	6	4.8	1.8	5.2	5.2 (0.7)
Kommentar und Interpretation:					
Betrachtet man die Tatsache, dass sich u.a. Notfälle negativ auf die Zufriedenheit der Patienten auswirken und dass die RSE AG einen sehr hohen Anteil (rund 57%) an Notfalleintritten hat, sind die erreichten Werte als sehr gut einzustufen.					

Legende:

- SpitalQ₇₅ = Berichtsspital: oberstes Quartil: oberhalb dieses Werts liegen 25% der Antworten
- SpitalQ₅₀ = Berichtsspital: Median: 50% der Antworten liegen unterhalb; 50% oberhalb dieses Werts
- SpitalQ₂₅ = Berichtsspital: unterstes Quartil: unterhalb dieses Werts liegen 25% der Antworten
- Spital_M = Berichtsspital: Mittelwert resp. Durchschnittswert
- BE_M = beteiligte Berner Spitäler: Mittelwert resp. Durchschnittswert
- SD = Standardabweichung für den Mittelwert

5.2 Weitere QABE Aktivitäten

5.2.1 Indikator: Austrittsmanagement

Beschreibung	Verwendetes Instrument	Patientenkollektiv <i>R = Rücklafrate in %</i>	
Austrittsmanagement: Patienten und Nachsorgerfragebogen zur Zufriedenheit mit dem Spitalaustritt	Austrittsmanagement 23 Fragen an Patienten 7 Fragen an Nachsorger	Alle stationären Patienten, die auf einer Erwachsenenabteilung liegen. R: Patienten = 42.2% Nachsorger = 60.8% Anzahl eingeschlossene Fälle RSE: 1'357 Anzahl eingeschlossene Fälle insgesamt: 18'351 Anzahl teilnehmende Spitäler: 14	
Methodik und Durchführung <i>Datensammlung durch</i>	Datenanalyse durch	Dauer der Befragung	Durchgeführte Korrekturen <i>(nach Patienten-Mix etc)</i>
Verein Outcome	Verein Outcome	13 Wochen	Keine
Resultate <i>Beschreibung der Variable / Messgrösse</i>			
Resultate der Patientenbefragung. Zielrichtung: Minimum			
Ihr Wert: RSE-AG	Minimum	Mittelwert	Maximum
Einbezug und Einverständnis des Patienten in die Austrittsentscheidung: Einbezug	20.0%	25.8%	37.4%
Einbezug und Einverständnis des Patienten in die Austrittsentscheidung: Einverständnis	7.1%	8.3%	16.2%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Einbezug der Angehörigen	22.7%	35.9%	44.4%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Information der Angehörigen	13.6%	13.7%	26.8%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Situation vor Austritt	3.7%	12.9%	16.5%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Situation vor Austritt	31.8%	34.9%	56.5%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Situation vor Austritt	3.1%	7.9%	13.6%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Transport	12.1%	17.5%	31.3%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Medikation (Mitgabe)	8.5%	21.0%	36.5%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Medikation (Rezept)	9.0%	15.8%	52.6%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Unterlagen für die Nachbetreuung	13.3%	18.3%	26.1%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Medikation (Zweck)	13.7%	21.8%	24.2%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Medikation (Dosisierung)	8.6%	9.5%	15.7%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Medikation (Nebenwirkungen)	40.5%	54.1%	54.5%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Situation nach Austritt	25.4%	33.7%	41.7%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Faktoren zur weiteren Genesung	19.6%	24.5%	32.9%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Erwartbarer Verlauf der Erkrankung/Genesung	25.6%	32.6%	52.6%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Möglichkeit der Kontaktaufnahme zum Spital	10.3%	12.1%	27.8%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Vorbereitung für zuhause/weitere Nachbetreuung	18.9%	22.3%	35.8%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Sicherheit nach Austritt	19.6%	25.1%	25.5%
Organisation des Übertritts und Information des Patienten: Absprache zwischen Spital und nachbetreuender Stelle	21.8%	26.0%	43.3%

Resultate der Befragung der Nachsorger: Zielrichtung Minimum

Ihr Wert: RSE-AG	Minimum	Mittelwert	Maximum
Information der nachbetreuenden Einrichtung: rechtzeitig	17.4%	31.4%	46.4%
Information der nachbetreuenden Einrichtung: rechtzeitig	15.4%	30.7%	66.7%
Information der nachbetreuenden Einrichtung: vollständig	13.7%	26.8%	45.9%
Information der nachbetreuenden Einrichtung: vollständig	0.0%	21.5%	50.0%
Information der nachbetreuenden Einrichtung: korrekt	11.7%	17.2%	33.3%
Information der nachbetreuenden Einrichtung: korrekt	7.9%	14.0%	50.0%
Information der nachbetreuenden Einrichtung: plausible und realistische Vorschläge	15.9%	25.6%	42.3%
Information der nachbetreuenden Einrichtung: plausible und realistische Vorschläge	12.5%	21.4%	60.0%
Information der nachbetreuenden Einrichtung: Kontaktaufnahme vor Austritt stattgefunden?	0.0%	27.4%	46.5%
Information der nachbetreuenden Einrichtung: Kontaktaufnahme vor Austritt stattgefunden?	0.0%	40.7%	59.2%
Richtigkeit der Entscheidung über den Austrittsort: Perspektive Patient	4.5%	7.4%	10.9%
Richtigkeit der Entscheidung über den Austrittsort: Perspektive Nachsorger	9.0%	13.2%	25.0%
Richtigkeit der Entscheidung über den Austrittsort: Perspektive Nachsorger	8.0%	11.3%	50.0%
Art und Weise des Austritts und Übertritts: Perspektive Patient	12.7%	21.2%	33.2%
Art und Weise des Austritts und Übertritts: Perspektive Nachsorger	20.8%	37.9%	52.9%
Art und Weise des Austritts und Übertritts: Perspektive Nachsorger	19.2%	36.0%	83.3%

Kommentar und Interpretation:

Die Darstellung zeigt die so genannten Problem-Scores. Ein Problem-Score gibt den Anteil von Antworten wieder, die in der entsprechenden Frage auf ein Problem, bzw. auf eine Einschränkung hinweisen. Deshalb ist in der Darstellung der Prozentwerte das Minimum anzustreben.

Die RSE AG schneidet in den meisten Bereichen überdurchschnittlich gut ab.

5.2.2 Indikator: Dekubitus

Beschreibung	Verwendetes Instrument	Patientenkollektiv	
Dekubitus Neu entstandene Dekubitus, Dekubitusstadien Nach Norton	Dekubitusserhebungsbogen	Alle stationäre Patienten ≥ 18 Jahre alt Wöchnerinnen und PsychiatriepatientInnen sind ausgeschlossen. Anzahl eingeschlossene Fälle RSE: 1'241 Anzahl eingeschlossene Fälle insgesamt: 8'671 Anzahl teilnehmende Spitäler: 8	
Methodik und Durchführung <i>Datensammlung durch</i>	Datenanalyse durch	Dauer der Befragung	Durchgeführte Korrekturen <i>(nach Patienten-Mix etc)</i>
Verein Outcome	Verein Outcome	4 Monate	Keine

Resultate

Beschreibung der Variable / Messgrösse

Werte für den Standort Burgdorf. Zielrichtung: Minimum

Ihr Wert: Burgdorf	Minimum der Spitäler	Gesamtkollektiv	Maximum der Spitäler
Anteil Patienten mit neu entstandenen Dekubitus ab Stadium 1	0.6%	1.9%	3.5%
Anteil Patienten mit neu entstandenen Dekubitus ab Stadium 2	0.4%	1.5%	2.7%
Anteil Patienten, deren vorbestehende Dekubitus sich verschlechtert haben (alle Patienten)	0.0%	0.2%	0.3%
Anteil Patienten, deren vorbestehende Dekubitus sich verschlechtert haben (nur Patienten mit vorbestehenden Dekubitus)	0.0%	6.8%	9.8%

Werte für den Standort Langnau. Zielrichtung: Minimum

Ihr Wert: Langnau	Minimum der Spitäler	Gesamtkollektiv	Maximum der Spitäler
Anteil Patienten mit neu entstandenen Dekubitus ab Stadium 1	0.6%	1.9%	2.1%
Anteil Patienten mit neu entstandenen Dekubitus ab Stadium 2	0.4%	1.4%	1.5%
Anteil Patienten, deren vorbestehende Dekubitus sich verschlechtert haben (alle Patienten)	0.0%	0.2%	0.3%
Anteil Patienten, deren vorbestehende Dekubitus sich verschlechtert haben (nur Patienten mit vorbestehenden Dekubitus)	0.0%	6.8%	6.9%

5.6 Kommentar und Interpretation:

Die Darstellung zeigt die so genannten Problem-Scores. Ein Problem-Score gibt den Anteil von Antworten wieder, die in der entsprechenden Frage auf ein Problem, bzw. auf eine Einschränkung hinweisen. Deshalb ist in der Darstellung der Prozentwerte das Minimum anzustreben.

5.2.3 Indikator: Proximale Femurfraktur

Beschreibung	Verwendetes Instrument	Patientenkollektiv <i>R = Rücklastrate in %</i>	
Fragebogen zur proximalen Femurfraktur	Proximale Femurfraktur 17 Fragen an Patienten	Alle Patienten ≥ 65 Jahre alt mit Schenkelhalsfraktur (AO 31B1-3 oder AO 31C3) (alle Therapiekonzepte, inklusive kopferhaltende Therapiekonzepte), oder mit Fraktur im Bereich der Area trochanterica (AO 31A1-3) (alle Therapiekonzepte) R: 35.1% Anzahl eingeschlossene Fälle RSE: 84 Anzahl eingeschlossene Fälle insgesamt: 621 Anzahl teilnehmende Spitäler: 13	
Methodik und Durchführung <i>Datensammlung durch</i>	Datenanalyse durch	Dauer der Befragung	Durchgeführte Korrekturen <i>(nach Patienten-Mix etc)</i>
Verein Outcome	Verein Outcome	12 Monate	Keine

Resultate

Beschreibung der Variable / Messgrösse

Ihr Wert: RSE-AG	Minimum der Spitäler	Mittelwert der Spitäler	Maximum der Spitäler	Auswertung	Angabe in	Zielrichtung
Indikator 1a: Veränderung der Mobilität (prätraumatisch - 14 Tage nach Eintritt)	-26.6	-22.2	-6.3	S. 1	Barthelscore-Punkten	Maximum
Indikator 1b: Veränderung der Mobilität (prätraumatisch - 4 Monate nach Eintritt)	-21.9	-10.7	-8.4	S. 2 - 5	Barthelscore-Punkten	Maximum
Indikator 2: Neu entstandene Pflegebedürftigkeit (via Barthel)	0.0%	52.6%	53.8%	S. 6	%	Minimum
Indikator 3f: Patienten mit ungeplanten Reinterventionen (Wundinfekt, Hämatom, techn. Probleme/Mängel, frühe Prothesenluxation, andere Komplikation)	0.0%	3.6%	6.8%	S. 7	%	Minimum
Indikator 4e: Patienten mit Komplikationen (Postop. Fieber, postop. Stürze, Verlegung Station auf IPS, Verlegung Station auf Innere Medizin)	0.0%	8.9%	13.1%	S. 8	%	Minimum
Indikator 5: Zeit vom Eintritt bis zur Operation	12.7	17.8	23.2	S. 9 - 10	Stunden	Minimum
Indikator 6: Mortalität im Spital	0.0%	7.6%	8.3%	S. 11	%	Minimum
Fragebogen B, Frage 1: Schmerzen beim Bewegen (14 Tage nach Eintritt)	60.0%	81.1%	85.7%	S. 12	% (Problemantworten)	Minimum
Fragebogen B, Frage 2: Schmerzen in Ruhe (14 Tage nach Eintritt)	18.2%	41.8%	44.6%	S. 13	% (Problemantworten)	Minimum
Fragebogen C, Frage 13: Schmerzen beim Bewegen (4 Monate nach Eintritt)	58.3%	69.5%	72.0%	S. 14	% (Problemantworten)	Minimum
Fragebogen C, Frage 14: Schmerzen in Ruhe (4 Monate nach Eintritt)	20.0%	38.0%	40.0%	S. 15	% (Problemantworten)	Minimum
Fragebogen C, Frage 15: Schmerzmitteleinnahme (4 Monate nach Eintritt)	20.0%	33.3%	53.3%	S. 16	% (Problemantworten)	Minimum

5.6 Kommentar und Interpretation:

Die hier präsentierten Daten beziehen sich auf den Erhebungszeitraum Januar bis Dezember 2007. Die Ergebnisse der Messung vom Januar bis Dezember 2008 stehen der RSE AG noch nicht zur Verfügung.

6 Ausblick

Für das Jahr 2009 hat sich die RSE AG folgende übergeordnete Qualitätsziele gesetzt:

- Hohe Qualität in der Patientenbetreuung
- Förderung verschiedener Formen der Zusammenarbeit im Interdisziplinären, zwischen den Fachbereichen und Standorten. Sie führt zu einer höheren Qualität der Arbeitsprozesse und der internen und externen Dienstleistungen.
- Förderung der Mit-Arbeitenden

Konkret stehen unter anderem folgende Projekte im Zentrum der Bemühungen:

- Risikomanagement: Im Jahr 2009 soll die Bearbeitung der im letzten Jahr identifizierten Risiken erfolgen. Fokus liegt weiter auf der Thematik klinisches Risikomanagement.
- Weiterführung des Projektes „Einführung KIS (Krankenhaus-Informationssystem)“
- Messung der Mitarbeiterzufriedenheit
- Projekt „Patientenmanagement“: Analyse und Verbesserung der Patientenprozesse
- Die Pflegeabteilung Komplementärmedizin in Langnau wird das Pflege-Zertifizierungsverfahren der Concret AG mittels PQE durchlaufen. Somit wird die Zielsetzung, dass sämtliche Pflegeabteilungen der RSE AG das Qualitäts-Label der Concret AG tragen, voraussichtlich im 2010 erreicht.
- Abschluss und Evaluation Projekt Skill-Mix: internes Audit auf den Pflegestationen
- Weiterführung der sanaCERT Standards. Die erste Überprüfung folgt im Herbst 2009

7 Anhänge

I. Mitglieder der Q-Kommission

Vorsitz: Christiane Gaudy, Leiterin Pflegedienst, Mitglied der Geschäftsleitung

Mitglieder:

Dr. Bernard Chappuis, Leitender Arzt Medizin Burgdorf (seit Dezember 2008)

PD Dr. Christoph Cottier, Chefarzt Medizin Burgdorf (bis November 2008)

Dr. Lukas Jenni, Leitender Arzt Orthopädie Burgdorf (bis Dezember 2008)

Dr. Hanspeter Knüsel, Leitender Arzt Orthopädie Burgdorf (seit März 2009)

Sandra Lambroia Groux, Leiterin Organisationsentwicklung / Qualitätsmanagement

Hans Mathis, Leiter Human Resources

Monica Rohrbach, Abteilungsleiterin Gynäkologie/Geburtshilfe

Beat Ruch, Leiter Technik

Dr. Helena Slama, Leiterin Medizincontrolling (seit März 2009)

Dr. Daniel Stoffel, Chefarzt Chirurgie Langnau

Christa Vangelooven, Pflegewissenschaftlerin

Sekretariat:

Therese Reusser, Sekretariat Projekte und Logistik

II. Q-Leitsätze

Qualitätsbotschaft:

Im Zentrum unseres Handelns steht der Mensch, sei es als Patient/in, als Angehörige/r oder als Mitarbeiter/in (Leitbild RSE). Mit einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung verfolgen wir das Ziel, diesem Anspruch weiterhin gerecht zu werden! Wir verstehen das Streben nach Qualität als Verpflichtung für jede(n) Einzelne(n), von der Geschäftsleitung bis zu den Auszubildenden.

Qualitätsziele

Patientenorientierung: Wir wollen zufriedene PatientInnen, welche gemäss den heutigen Möglichkeiten der Diagnostik, Therapie und Pflege angemessen und ihren Bedürfnissen entsprechend behandelt und betreut werden. Wir halten uns dabei an die Grundsätze der Humanität, Ethik und Wirtschaftlichkeit.

Dies bedingt unter anderem eine rechtzeitige und bedarfsgerechte Aufklärung und Information vor und während dem Spitalaufenthalt, das Aufzeigen von alternativen Behandlungsmöglichkeiten, den frühzeitigen Einbezug und die Mitbestimmung bei Entscheidungen, das Vorhandensein von klaren Ansprechpartnern, eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Unterbringung und Verpflegung, eine angemessene, individuelle und dem neusten Erkenntnisstand entsprechende medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung und Betreuung, eine umfassende und vollständige Information bei Austritt sowie eine schnelle, übersichtliche und fehlerfreie Administration.

Mitarbeiterorientierung: Wir wollen zufriedene und motivierte Führungskräfte und Mitarbeitende, welche über eine hohe fachliche, soziale und emotionale Kompetenz verfügen. Alle unsere Mitarbeitenden bilden die Basis für die hohe Qualität unserer Leistungserbringung.

Dies bedingt unter anderem die gegenseitige Achtung, ein gutes Betriebsklima, eine bedarfsgerechte räumliche und technische Ausstattung, gebührende Anerkennung für die erbrachten Leistungen, eine offene Kommunikation, Möglichkeiten zur Mitsprache und aktiven Mitgestaltung, Zielvereinbarungen, konkurrenzfähige Anstellungsbedingungen, eine angemessene Arbeitsbelastung, hohe Selbstverantwortung, klare und aktuelle Stellenbeschreibungen, Möglichkeiten zum Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie eine gezielte, bedarfs- und bedürfnisgerechte Aus- und Weiterbildung.

Partnerschaftliche Arbeitsweise: Unsere internen und externen Partner sind mit unserer Leistungserbringung zufrieden und werden - wo für die PatientInnen notwendig und sinnvoll - in die Leistungserbringung eingebunden. Partner sind alle internen Leistungserbringer, Hausärzte, Spitex,

Lieferanten, Kanton und Krankenversicherer. Wir stellen an unsere Partner dieselben Qualitätsansprüche wie an uns selbst.

Dies bedingt unter anderem die Festlegung von Regeln der Zusammenarbeit, Klärung der gegenseitigen Anforderungen und Erwartungen, gegenseitige Wertschätzung, einen regelmässigen Informationsaustausch, offene Kommunikation und Transparenz.

Prozessorientierung: Unsere Kern- und Supportprozesse sind zweckmässig, effizient und sicher gestaltet, auf die Bedürfnisse der Patienten und Partner ausgerichtet und entsprechen wo vorhanden, allgemein anerkanntem Wissen. Ihre Kenntnis, verbindliche Einhaltung und regelmässige Überprüfung bilden die Basis für ein erfolgreiches Ergebnis.

Dies bedingt unter anderem die Definition, Analyse und Dokumentation der wichtigsten Kern- und Supportprozesse, bewusstes Risikomanagement, einen optimalen Einsatz der Ressourcen, die Vermeidung von Doppelspurigkeiten, die Kenntnis der Ansprüche der PatientInnen und Partner, die Kenntnis der geltenden fachlichen Standards, die klare Regelung der Verantwortungen, Kompetenzen und Aufgaben sowie die kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung der Prozesse.

Ergebnisorientierung: Wir arbeiten ergebnisorientiert. Die Ergebnisse und die Auswirkungen unserer Leistungen werden regelmässig und systematisch erhoben, analysiert und in die kontinuierliche Qualitätsentwicklung mit einbezogen.

Dies bedingt unter anderem die systematische Erhebung, Auswertung und Analyse der Zufriedenheit sowie der Wünsche und Verbesserungsvorschläge der PatientInnen, MitarbeiterInnen, internen und externen Partner, der erzielten Behandlungsergebnisse (Outcome) sowie der Finanzkennzahlen.

III. Verweis zu weiteren relevanten Dokumenten

- Homepage der Regionalspital Emmental AG: www.rs-e.ch
- Der Geschäftsbericht 2008 kann via folgende Adresse bestellt werden:

RSE AG
Direktion
Oberburgstrasse 54
3400 Burgdorf

Telefon: 034/421 21 21
Fax: 034/421 21 99
Mail: info@rs-e.ch