



Regionalspital Emmental AG
Oberburgstrasse 54
3400 Burgdorf

	
Akutsomatik	Psychiatrie

Qualitätsbericht 2009

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



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
	Die Regionalspital Emmental AG (RSE AG).....	3
	Verzeichnis der Anhänge	3
	Verweis auf Geschäftsbericht	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009.....	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	7
C1	Kennzahlen Akutsomatik	7
C2	Kennzahlen Psychiatrie	7
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	8
D1	Zufriedenheitsmessungen	8
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	9
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	10
D1-4	Zuweiserzufriedenheit.....	11
D2	ANQ-Indikatoren	12
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	12
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	12
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	13
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	13
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	14
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	15
D5	KIQ-Pilotprojekte	16
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie.....	16
D5-2	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation	16
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	17
E1	Pflegeindikatoren	17
E1-1	Stürze	17
E1-2	Dekubitus (Wundliegen).....	17
E2	Weitere Qualitätsindikatoren.....	18
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege	18
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings	18
F	Verbesserungsaktivitäten	19
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	19
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	19
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	20
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte (max 3 Seiten).....	21
G	Schlusswort und Ausblick	22
H	Impressum	23
I	Anhänge	24
I.	Mitglieder der Q-Kommission 2009.....	24
II.	Q-Leitsätze	24



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 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

Verzeichnis der Anhänge

- Anhang I: Mitglieder der Q-Kommission
- Anhang II: Q-Leitsätze

Verweis auf Geschäftsbericht

Der Geschäftsbericht 2009 kann via Homepage www.rs-e.ch eingesehen werden.



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

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.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Pflegezertifizierung der Pflegeabteilungen durch die Concret AG

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

Im Sinne eines pro-aktiven Vorgehens wurde ein Monitoring der Pflegequalität in Betracht gezogen. Der systemische Ansatz der Pflegequalitätserhebung mittels quantitativen und qualitativen Indikatoren¹ sowie der patientenorientierte Ansatz der Messmethode der Concret AG entsprechen dabei den komplexen Herausforderungen im Berufsfeld Pflege.

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:

- Gewährleistung einer patientenorientierten und angemessenen bis sicheren Pflege als angestrebtes Qualitätsniveau.
- Prüfung der Legitimation und Wirksamkeit der erbrachten Pflegeleistungen.
- Beurteilung, Sicherung und Förderung eines Entwicklungsprozesses für die Pflegequalität.
- Implementierung und Verankerung der Systematik der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung auf Abteilungsebene.

Die Pflegezertifizierung zeigt sich als sinnvolle Strategie, den Umgang mit sich ständig verändernden Rahmenbedingungen, unter Einbezug der Betroffenen, gezielt zu gestalten = Pflegequalität sichern und fördern.

¹ Indikatoren:

Grundlagen der Organisation, finanzielle und personelle Ressourcen, Personalentwicklung, Infrastruktur & Ausstattung, Richtlinien und Handlungsanleitungen, Prozessorganisation in der Pflege, Kontinuität in der Behandlungs-/ Versorgungskette, Professionelle Kooperationen, Ausführung der Pflege, Fachexpertise, Outcome.

Überwachungsaudit Re-Zertifizierung sanaCERT Suisse

Am 22. September 2009 hat ein Audit-Team der Stiftung sanaCERT Suisse die Arbeiten zur Fortführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems nach der Re-Zertifizierung von 24./25. September 2008 überprüft.

Folgenden Anträgen des Audit-Teams wurde seitens der Zertifizierungskommission zugestimmt:

- 1) Die Zertifizierung ist bis 25. September 2011 aufrecht zu erhalten.
- 2) Es wird in der laufenden Zertifizierungsperiode kein weiteres Überwachungs-Audit durchgeführt.
- 3) Es werden keine Auflagen ausgesprochen.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

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. 2009 wurden dafür die Bereiche Notfall und Innere Medizin durchleuchtet und Anpassungen vorgenommen.

Die Überwachungsaudit der Re-Zertifizierung durch SanaCERT konnte erfolgreich durchgeführt werden.

Das Ziel, alle Pflegeabteilungen das Pflege-Zertifizierungsverfahren der Concret AG durchlaufen zu lassen, konnte erfolgreich verfolgt werden. Aktuell sind an beiden Standorten der RSE AG alle Pflegestationen, ausgenommen der Abteilung Komplementärmedizin, zertifiziert, inklusive die Intensivstation. Alle bereits zertifizierten Abteilungen haben das jährliche Überwachungsaudit mit Erfolg bestanden. 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. Rückblickend hat sich die Systematisierung der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung auf Abteilungsebene sehr bewährt. Nicht zuletzt, gelingt es mit dieser Systematik ständig verändernde Rahmenbedingungen aktiv mitzugestalten.

Es wurde eine Status-quo Aufnahme durchgeführt bzgl. Management und Tools im Bereich klinisches Risikomanagement. Darauf aufbauend wurden Verbesserungspotenziale identifiziert, die die RSE AG im Jahr 2010 umsetzen wird.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Für das Jahr 2010 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: Weiterführung der Arbeiten im Bereich klinisches Risikomanagement.
- Weiterführung des Projektes „Einführung KIS (Krankenhaus-Informationssystem)“
- Projekt „Patientenmanagement“: Analyse und Verbesserung der Patientenprozesse in allen klinischen Bereichen
- Mit der geplanten Pflegezertifizierung der Abteilung Komplementärmedizin im März 2010, wird ein zentrales Ziel der Pflegedienstleitung, welches den Erwerb des Pflegequalitätslabels der Concret AG für alle Pflegeabteilungen der RSE AG anstrebt, voraussichtlich erreicht werden. Mit dieser Strategie zeigen sich zudem positive Einflüsse auf:
 - das Halten bzw. steigern der Pat.-Zufriedenheit
 - die Pflegequalität gemäss dem definierten Niveau und dem Pflegeverständnis zu gewährleisten (inkl. Sicherheit)
 - den Stellenwert der Pflege
 - die Attraktivität der Arbeitsplätze und Aufrechterhaltung der Konkurrenzfähigkeit
 - das Aufrechterhalten von zielorientierten, systematischen und kontinuierlichen Entwicklungsprozessen/-Potenzial auf Abteilungsebene
 - die Möglichkeit der Personalentwicklung und Förderung von Mitarbeitenden
 - die Qualitätsarbeit im Sinne eines Teil des Alltags
- Abschluss und Evaluation Projekt Skill- und Grade-Mix: internes Audit auf den Pflegestationen.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	90 Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Bruno Haudenschild	034 421 21 00	Bruno.haudenschild@rs-e.ch	<u>Vorsitzender der Geschäftsleitung und Qualitätskommission</u>

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	34'825	
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	52	
Anzahl stationäre Patienten	8'058	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	523	
Anzahl Pflage tage gesamt	53'334	
Bettenanzahl per 31.12.	147	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.6	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	94.7	
Spitalgruppen: Nennung der akusomatischen Standorte	Burgdorf und Langnau	

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant	1458 Patienten	---	---	---
Tagesklinik	4198 Pflage tage	20	63.6	---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflage tage
stationär	18	227	26.4	5989
Der Betrieb hat volle Aufnahme pflicht	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> teilweise	
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte	Burgdorf und Bärau (Gde. Langnau)			

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



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

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

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	---	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Skala: Ärztliche Versorgung	5.4	
Skala: Pflegerische Versorgung	5.4	
Skala: Organisation, Management und Service im Spital	5.3	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input checked="" type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Patientenfragebogen zur Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt	
Einschlusskriterien		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter \geq 18 Jahre ▪ Stationärer Aufenthalt von mindestens 1 bzw. 2 Tagen (1 bzw. 2 Übernachtungen) ▪ Austritt nach Hause (bzw. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, Reha) ▪ Mehrfachhospitalisierte sollen innerhalb 30 Tagen nur einmal befragt werden. Ab \geq 30 Tagen zwischen Austritt und stationärem Wiedereintritt kann die Patientin/der Patient auch ein zweites Mal befragt werden. 	
Ausschlusskriterien		<ul style="list-style-type: none"> ▪ PatientInnen, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllen 	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wöchnerinnen ▪ Verstorbene PatientInnen (im Spital und nach Spitalaufenthalt – sofern das Spital davon Kenntnis erhält) ▪ PatientInnen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz ▪ PatientInnen mit psychiatrischer Hauptdiagnose
Rücklauf in Prozenten	70.2%
Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein. <input checked="" type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

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

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

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten		
	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:	



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

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

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2003	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten		
	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/> Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.				
<input checked="" type="checkbox"/> Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.				
<input checked="" type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: 2010				
<input type="checkbox"/> Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.				
Spitalgruppen: an welchen Standorten? <input type="text"/>				
Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).				
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/> Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.			
<input checked="" type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: 2010			
<input type="checkbox"/> Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.			
Spitalgruppen: an welchen Standorten? <input type="text"/>			
Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



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

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase		
<input type="checkbox"/> Blinddarmentfernung		
<input checked="" type="checkbox"/> Hernieoperation		Die Messung erfolgt im ursprünglichen Netzwerk des Instituts
<input checked="" type="checkbox"/> Operation am Dickdarm		Central des Hôpitaux Valaisans; die Daten wurden abgeliefert, aber die Auswertung steht noch aus.
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie		
<input checked="" type="checkbox"/> Hüftgelenksprothesen		Wegen der Nachbeobachtungszeit von 1 Jahr bei Implantat-Infektionen folgen die Ergebnisse erst 2011
<input checked="" type="checkbox"/> Kniegelenksprothesen		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

Infektions-Messthema	

Messung im Berichtsjahr 2009	
Gemessene Abteilungen:	Ergebnis:
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input checked="" type="checkbox"/>	internes Instrument	Name des Instrumentes: Projekt Harnwegsinfektionen
<input type="checkbox"/>	externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



Messthema		Patientenzufriedenheit	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Burgdorf und Langnau	
Gemessene Abteilungen:	Alle	Ergebnis:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Fragebogen „Ihre Meinung interessiert uns!“	
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

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



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
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 Gesellschaft für Intensivmedizin	B	A	A
Schweizerisches Dialyseregister	B	A	A
Bemerkungen			

Legende:

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

D5 KIQ-Pilotprojekte



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

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

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



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

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule (LWS) <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule (HWS) <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten (UEX) <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten (OEX) <input type="checkbox"/> ganzer Körper (SYS)
<input type="checkbox"/> ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
<input checked="" type="checkbox"/> nein	

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Messthema		Sturz			
Messung im Berichtsjahr 2009					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Burgdorf und Langnau			
Gemessene Abteilungen:	Outcome-Messung (August bis Dezember 2009): Alle stationären PatientInnen über 16 Jahre mit Ausnahme Psychiatrie und Geburtshilfe Statistik intern: alle Bereiche Pflege inkl. Psych, Nephrologie, Gyn/GebH, Tagesklinik				
Ergebnis gesamt:	Sturzstatistik RSE: Sturzrate/1000 Pflegetage gesamt: 2.99 (nur Bettenstationen 4,25 / Outcome-Messung: Sturzrate 2.8% (Inzidenz: 4.1 Stürze/1000 Pflegetage)	Anteil mit Behandlungsfolgen:	Sturzstatistik RSE gesamt: Frakturrate gesamt: 0 / mässige Verletzung: 4.2% / kleiner schnell heilender Hautdefekt/Hämatom: 19.4%/ kleine Hautabschürfung /Hämatom/Schmerzen: 68.4%, keine Angaben: 8% Outcome-Messung: leichte 23.6%, schwere: 5.5%	Anteil ohne Behandlungsfolgen:	Sturzstatistik RSE: / Outcome-Messung: 70.9%
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.					

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Sturzprotokoll
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	Verein Outcome

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009	
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Burgdorf und Langnau
Gemessene Abteilungen:	Ergebnis gesamt:
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

Entstehungsort der Dekubiti	Werte (quantitativ)				
	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung					
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.					
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen					

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



Indikator	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Freiheitseinschränkende Massnahmen: Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall		
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen.	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

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

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

F

Verbesserungsaktivitäten



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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs-jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Ganzer Betrieb	Qualitätsstandards sanaCERT Suisse:	2005	2009	
Pflege	Indikatoren Concret AG	Laufend	Laufend	
Standort Burgdorf	SIG Intensivstation			
Gyni/Gebh	UNICEF "Stillfreundliches Spital"	2005		
Labor	QUALAB	2001	2009	
OP	CAS		2009	
Ganzer Betrieb	RSE - Fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) - Heimanmeldung etc.	Ohne Zertifizierung		

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Burgdorf und Langnau	CIRS	Identifikation, Behebung und Vermeidung kritischer Zwischenfälle	Nicht jede Abteilung / Klinik verwendet dieselben Hilfsmittel.
Standort Langnau	Befragung der stationären Patienten nach Austritt durch Ombudsfrau	Erfassung der Patientenzufriedenheit am Standort Langnau	
Burgdorf und Langnau	Nosokomiale Infektionen Messung SSI (Surgical Site Infections) des ICHV	Identifikation postoperativer Wundeffekte und deren Ursachen	

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Pflege	Concret®	Zertifizierung der Pflegeabteilungen gemäss Qualitäts-Label der Concret AG	2004 - 2010
Ganzer Betrieb	KIS (Krankenhaus-Informationssystem)	Einführung eines KIS	2005 - 2012
Pflege	Skill-Mix	Change-Management in der Pflegeorganisation	2006-2009
Ganzer Betrieb	Pyxis® Medsystem	Elektronische Unterstützung Medikamentenprozess	2006-2009
VR / GL und ganzer Betrieb	Risikomanagement und IKS	Einführung eines Risikomanagement- und IKS-Systems	2008 - 2010

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte (max 3 Seiten)

Projekttitlel	Stillfreundliches Spital
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt
Projektziel	Beibehaltung der Zertifizierung Baby friendly Hospital Initiative
Beschreibung	Seit 2005 ist unsere geburtshilfliche Klinik Unicef zertifiziert. Das geburtshilfliche Team arbeitet nach den 10 definierten Schritten der „Baby Friendly Hospital Initiative“ und hat sich eine Philosophie zum Thema Stillen erarbeitet. Das Thema Stillen wird vom geburtshilflichen Team als wichtiger Aspekt der Prävention und Gesundheitsförderung angesehen. Dementsprechend motiviert und engagiert wird diesbezüglich zusammengearbeitet. Systematisch werden laufend alle Daten zum Thema Stillen erfasst und an die Schweizerische Stiftung zur Förderung des Stillens weitergeleitet. Die vorliegenden Resultate beziehen sich auf die Zeitspanne: 01.01.2008 -31.12.2008 (Bericht erhalten August 2009).
Methodik	Fragebogen beantworten für die Schweizerische Stiftung zur Förderung des Stillens
Prozessablauf	<input checked="" type="checkbox"/> Abteilung Gynäkologie /Geburtshilfe: <ul style="list-style-type: none"> • Mit jeder schwangeren und gebärenden Frau wird eine Stillanamnese erhoben. • Der standardisierte Fragebogen „Fragen zum Stillen“ wird von den Mitarbeiterinnen nach der Geburt des Kindes ausgefüllt (Themenbereiche: Daten zum Neugeborene, Geburtsmodus, medizinische Situation Mutter und Kind, Einleitung zum Stillen und Soziales). • Bei Austritt von Mutter und Kind werden weitere Daten in den Fragebogen übertragen: Rooming-in, Ernährung, Hilfsmittel.
Involvierte Berufsgruppen	Pflegefachfrauen und Hebammen
Ergebnisse / Projektevaluation / Konsequenzen	<p>Herausragend</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikator <i>Ausschliessliches Stillen bei gesunden Neugeborenen</i>: es wurde das beste Resultat aller erfassten 58 Kliniken erreicht! <p>Sehr gut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei den Indikatoren <i>ununterbrochenes Rooming-in</i> und <i>Hautkontakt ab Geburt</i>: liegt die Klinik auf dem 10. resp dem 9. Platz. <p>Gut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikator <i>erstes Anlegen</i>: das Ergebnis liegt im oberen Mittelfeld auf Platz 13. <p>Verbesserungswürdig</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei den Indikatoren Hilfsmittel (<i>kein Schoppen</i> und <i>kein Nuggi</i>) liegt das Ergebnis in der unteren Hälfte (Platz 35 resp. 30), die Grenzwerte wurden jedoch nicht unterschritten. Als Konsequenzen daraus, wurde die diesjährigen Abteilungsretraite zur Weiterbildung in diesem Bereich genutzt um das Optimierungspotenzial auszuschöpfen.
Weiterführende Unterlagen	Monitoring der Stillfreundlichkeit / Bericht 2008



Schlusswort und Ausblick



Freitextfeld



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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

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

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



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

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



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

Partner



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

Siehe auch www.anq.ch



Anhänge

I. Mitglieder der Q-Kommission 2009

Vorsitz: Christiane Gaudy, Leiterin Pflegedienst, Mitglied der Geschäftsleitung (bis August 2009)
Bruno Haudenschild, Vorsitzender der Geschäftsleitung (ab September 2009)

Mitglieder:

Dr. Bernard Chappuis, Leitender Arzt Medizin Burgdorf

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 Leistungserbrin-

gung 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.