



SONNENHOF AG BERN

KLINIK SONNENHOF | KLINIK ENGERIED



Akutsomatik

Mitglied von
Swiss Leading Hospitals SLH



INHALTSVERZEICHNIS

A EINLEITUNG

B QUALITÄTSSTRATEGIE

- B1 Qualitätsstrategie und -ziele
- B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011
- B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011
- B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren
- B5 Organisation des Qualitätsmanagements
- B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

C BETRIEBLICHE KENNZAHLEN UND ANGEBOT

- C1 Angebotsübersicht
- C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

D QUALITÄTSMESSUNGEN

- D1 Zufriedenheitsmessungen
 - D1-1a Patientenzufriedenheit (Stichprobe)
 - D1-1b Patientenzufriedenheit (fortlaufende Überwachung)
 - D1-1c Ombudsstelle / Beschwerdemanagement
 - D1-2 Angehörigenzufriedenheit
 - D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit
 - D1-4 Zuweiserzufriedenheit
- D2 ANQ-Indikatoren
 - D2-0 Vorbemerkungen zu SQLape®
 - D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®
 - D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®
 - D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO
 - D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
 - D2-4a Stürze
 - D2-4b Dekubitus (Wundliegen)
 - D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ
- D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011
 - D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
 - D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
- D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

E VERBESSERUNGSAKTIVITÄTEN UND -PROJEKTE

- E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards
- E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte
- E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

F SCHLUSSWORT UND AUSBLICK

G IMPRESSUM

Die Sonnenhof AG Bern ist eine schweizerische Unternehmung mit Hauptsitz in Bern, welche die **zwei Kliniken Sonnenhof** und **Engeried** sowie weitere medizinische Einrichtungen betreibt. Zudem bietet die Sonnenhof AG Bern auf dem Areal der Klinik Engeried rund 30 Plätze in einem **Alterspflegewohnheim**. Die Nähe der medizinischen Infrastruktur ergänzt sich bestens mit der angenehmen Atmosphäre in einem ruhigen Wohnquartier im Stadtzentrum.

Die Sonnenhof AG Bern bietet hochwertige Dienstleistungen nach den Kriterien von höchster Qualität und Sicherheit an.

Unser Qualitätsmanagement basiert auf der Kundenorientierung, Prozessorientierung, Mitarbeiterorientierung, Qualität-/Ergebnis-Orientierung sowie der laufende Optimierung - allesamt Grundorientierungen, welche sich aus unserem Leitbild ableiten.

Hohe Patientenzufriedenheit sowie Sicherheit sollen durch hervorragende Qualität der medizinischen und allgemeinen Dienstleistungen erreicht werden. Gesundheit und Sicherheit für unsere Patienten, Mitarbeitenden und Besucher sowie Umweltschutz sind Bestandteil unserer unternehmerischen Tätigkeit; wir integrieren G und S (Gesundheit und Sicherheit) in die Messung der stetigen Verbesserung.

Finanzielle Unabhängigkeit und unternehmerischer Erfolg durch eine kompetente Führung, offene interne und externe Kommunikation und die Motivation der Mitarbeitenden auf allen Stufen, sowie der Einbezug von Partnern und Lieferanten in unsere Anstrengungen zur ständigen Verbesserung sind uns ein Anliegen. Zur Sicherstellung dieser Grundsätze betreiben wir ein Managementsystem, das nach den entsprechenden Normen zertifiziert ist und regelmässig mit internen und externen Audits überprüft wird. Alle Standorte inkl. des Alterspflegewohnheims sind nach ISO 9001:2008 zertifiziert. Zudem ist die Sonnenhof AG Bern Mitglied bei den Swiss Leading Hospitals (SLH) und garantiert seit der Gründung hochstehende Leistungen.



Thomas Straubhaar, COO
Mitglied der Geschäftsleitung
Qualitätsbeauftragter

Stefan Steccanella
Leiter der Qualitätskommission
Qualitätsmanager

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.

Wir sind bestrebt, die Texte möglichst einfach zu verfassen. Es ist aber nie ganz möglich, ohne Fachbegriffe auszukommen. In diesem Falle versuchen wir, die Themen ausführlich zu umschreiben.

B1 QUALITÄTSSTRATEGIE UND -ZIELE

Die Sonnenhof AG Bern leitet ihre Qualitätszielsetzungen von der Unternehmensstrategie ab. Somit werden die verschiedenen Tätigkeiten und Projekte im Qualitätsmanagement in Einklang mit der gesamten Unternehmenszielsetzung koordiniert und überwacht. Die Geschäftsleitung überprüft jährlich Strategie und Zielsetzung. Die Sonnenhof AG Bern nimmt an allen gesetzlich vorgegebenen Qualitätssicherungsverfahren teil und unterhält eigene Verfahren, die weit über die gesetzlichen Anforderungen hinausgehen. Die Zielsetzungen konzentrieren sich vor allem auf die laufende Optimierung der Prozessqualität (Erhöhung der Sicherheit für Patienten, Mitarbeiter und Umwelt), und deren Dokumentation, sowie die ständige Verbesserung in allen Bereichen (siehe auch Qualitätsaktivitäten).



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

B2 2-3 QUALITÄTSSCHWERPUNKTE IM BERICHTSJAHR 2011

- CIRS-Kommission: neue Organisation und Bearbeitungsmodus
- Erfolgreiches Aufrechterhaltungsaudit nach ISO 9001:2008
- Physiotherapie: Kantonale Erhebung Patientenzufriedenheit ambulanter Patienten.
- Prävalenzmessungen Stürze und Dekubiti
- Schaffung einer Anästhesie-Sprechstunde zur systematischen präoperativen Evaluation.
- Erfolgreiche Labor-Akkreditierung nach ISO 17025
- Verfeinerte Patientenidentifikation in der Radiologie Sonnenhof, Verbesserung der SOP
- Fachliche Begleitung bei dosisintensiven Untersuchungen (Radiologie Sonnenhof)
- Optimierung der abgegebenen Physiotherapie-Heimprogramme
- Sturzsensibilisierungsprogramm

B3 ERREICHTE QUALITÄTSZIELE IM BERICHTSJAHR 2011

- Erfolgreiches Aufrechterhaltungsaudit nach ISO 9001:2008
- Erfolgreiche Labor-Akkreditierung nach ISO 17025
- Das hohe Mass an Zufriedenheit der Patienten konnte bestätigt werden: mehr als 90% der Patienten sind sehr zufrieden, über 99% der Patienten empfehlen die Klinik weiter.
- Physiotherapie: Kantonale Erhebung Patientenzufriedenheit ambulanter Patienten und überdurchschnittliche Zufriedenheitswerte im kantonalen und nationalen Vergleich.
- Deutliche Zunahme an CIRS-Meldungen

B4 QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DEN KOMMENDEN JAHREN

Die **nationalen Messvorgaben** des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sowie die **kantonalen Projekt- und Messbestimmungen** aus der Vereinigung Qualitätsentwicklung Akutsomatik im Kanton Bern (QABE) wollen wir umsetzen und beteiligen uns an den Vergleichen zwischen Spitälern.

Als wesentlicher Bestandteil unseres Verbesserungsprozesses bauen wir unser elektronisches **Meldeportal**¹ weiter aus und beschleunigen so einerseits die Umsetzung der Massnahmen, unterstützen aber auch den Lernprozess, da die Verbreitung sämtlicher Verbesserungsmassnahmen sichergestellt ist.

Sämtliche Mitarbeitende werden laufend über das **Qualitätsmanagement geschult**. Zentrale Punkte sind die Qualitätsmanagement-Systeme ISO und EFQM, das Meldeportal und der kontinuierliche Verbesserungsprozess.

Die **Verbreitung des Qualität-Gedankens** und des damit verbundenen Lernprozesses ist eine Daueraufgabe. Die Sammlung der zahlreichen Q-Aktivitäten, die Information gegen innen und aussen über die Anstrengungen sowie die Kommunikation der Ergebnisse und Lernschritte werden im 2012 intensiv vorangetrieben, mit Newslettern und Infobroschüren unterstützt und über die Website der Sonnenhof AG Bern transparent dargestellt.

Den **internen Hausfragebogen zur Patientenzufriedenheit** überarbeiten wir, damit die aktuellen Vorgaben des ANQ sinnvoll ergänzt werden. Zudem ist der Fragebogen seit einiger Zeit im Einsatz, sodass nun weitere patientenbezogene Ereignisse untersucht werden können, wo wir Verbesserungspotential vermuten.

Zur **Steuerung der Leistungsqualität** werden die gemessenen Ergebnisse sowie die Prozesskennzahlen aus unserem ISO-Qualitätsmanagementsystem eng verknüpft mit einem Managementsystem². Die Geschäftsleitung überwacht die Resultate zeitlich in einem engen Raster.

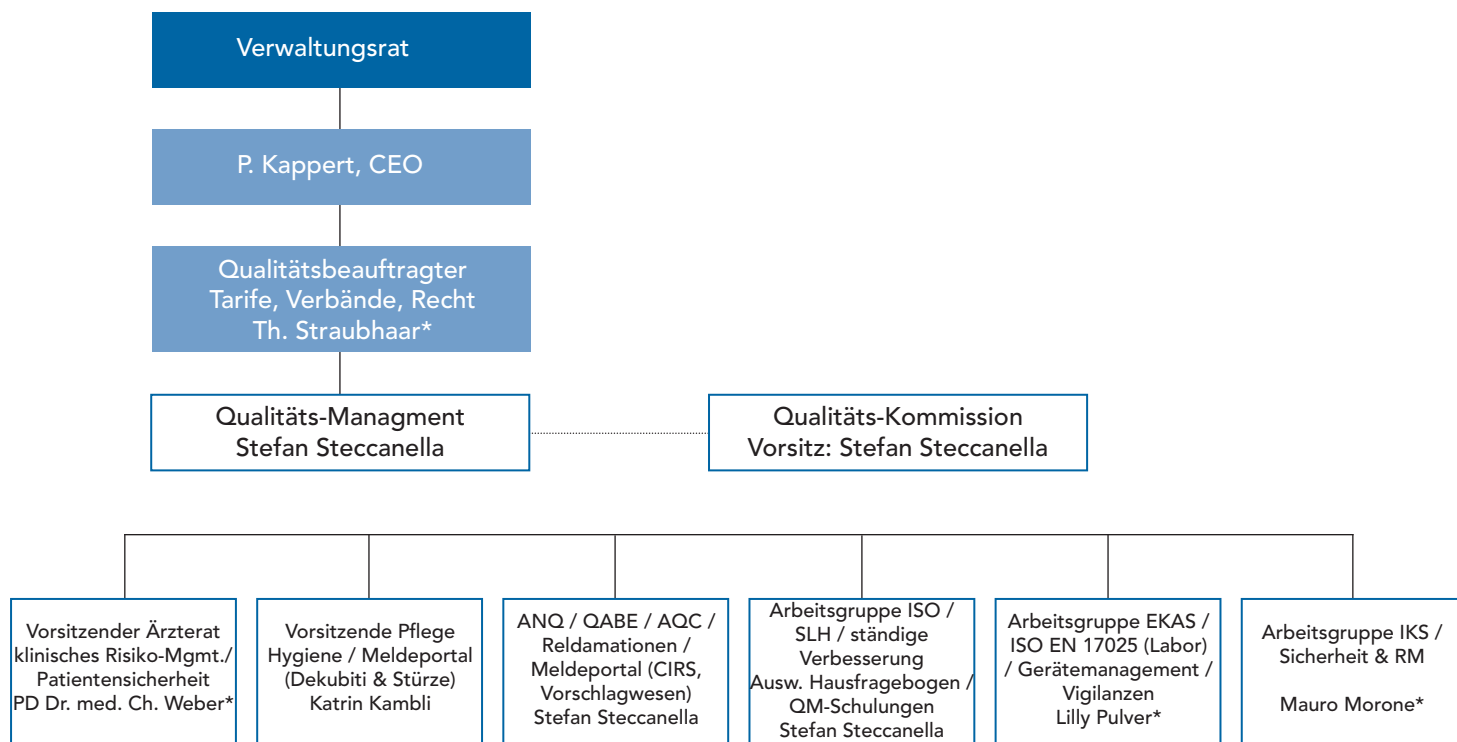
¹ Kritische Zwischenfälle; Meldepflichtige Ereignisse; Überwachungssysteme für Medikamente, Medizinalprodukte und für Blutprodukte (zusammen mit swissmedic); Sturzmeldungen; Meldungen zu Dekubiti (Wundliegen); Beschwerden; Verbesserungsideen aller Mitarbeitenden, Schadens- und Verlustmeldungen.

² Balanced Score Card, BSC. Führungsinstrument zur Ausrichtung der Organisation auf seine Vision, Strategie und strategischen Ziele.

B5 ORGANISATION DES QUALITÄTSMANAGEMENTS 2011

Das Qualitätsmanagement baut auf verschiedene Pfeiler auf:

- Bewirtschaftung des **Qualitätsmanagement-Systems ISO 9001:2008** über eine dezentrale Organisation. Der Qualitätsmanager koordiniert die Aktivitäten, aber umgesetzt und geprüft werden sie von den einzelnen Prozessverantwortlichen und ihren Teams. Das System wird jährlich durch externe Auditoren geprüft.
- Aus dem ISO-System heraus besteht auch die Verpflichtung, in **ca. 6 internen Audits pro Jahr** sämtliche Prozesse mit einem jährlichen Schwerpunktthema zu analysieren. Geleitet werden diese Audits durch den Qualitätsmanager.
- Die **Qualitätskommission** setzt sich aus 6 Personen zusammen, 4 davon sind Mitglieder der Geschäftsleitung*. Folgende Verantwortlichkeiten sind definiert (alphabetische Liste):
 - Katrin Kambli: Pflegewissenschaftlerin. Vernetzung zu den Pflegedienstleitungen und zur Hygiene
 - Mauro Morone*: Arbeitsgruppe IKS (Internes Kontrollsystem), Sicherheit und betriebliches Risikomanagement
 - Lilly Pulver*: EKAS (Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz), Labor, Gerätemanagement / Vigilanz QABE, AQC, Meldeportal, Hausfragebogen, QM-Schulungen
 - Thomas Straubhaar*, COO: Tarife, Verbände, Recht
 - Christoph Weber*, CMO: Vorsitzender Ärzterrat, klin. Risikomanagement, Patientensicherheit



- **Das Meldewesen:** Die Meldungen zu kritischen Zwischenfällen, Vigilanzen (stetige Überwachung von Blutprodukten, Geräten und Medikamenten - in Zusammenarbeit mit swissmedic), Stürzen, Dekubiti (Druckgeschwüre), Beschwerden und Verbesserungen gelangen zu den entsprechenden, genau definierten und geschulten Verantwortlichen und werden von dort aus direkt bearbeitet.
 - **Qualitäts-Messungen** werden durch den Qualitätsmanager koordiniert und mit den Messverantwortlichen geplant, durchgeführt und nach Abschluss analysiert. Die im Qualitätsmanagement involvierten Personen sind im Spital und gegen aussen **sehr gut vernetzt:** intern beispielsweise zur Hygienekommission, zu den Pflegedienst- und Stationsleitungen (Pflege) und zum Ärzterat, extern zu den Finanzierern (Versicherer und Kanton Bern), zu den Behörden und zahlreichen Partnern aus dem Gesundheitswesen.
- ☒ Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten
(Qualitäts**beauftragter** ist COO und stellvertretender Direktor).
- ☒ Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt
(Qualitäts**manager**).

Für unten aufgeführte Qualitätseinheit stehen insgesamt **150** Stellenprozente zur Verfügung.

B6 ANGABE ZU KONTAKTPERSONEN AUS DEM QUALITÄTSMANAGEMENT

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Thomas STRAUBHAAR	031 309 95 70	thomasstraubhaar@sonnenhof.ch	COO, Mitglied der GL, Qualitätsbeauftragter
Stefan STECCANELLA	031 358 18 58	stefansteccanella@sonnenhof.ch	Dipl. Qualitätsmanager NDS HF, Leiter Qualitätskommission «Lob & Tadel», Ansprech- person für Beschwerden und Fragen
Katrin KAMBLI	031 358 15 10	katrinkambli@sonnenhof.ch	Pflegeexpertin
Alice LASKARIDIS		laskaridisalice@sonnenhof.ch	Hygieneverantwortliche
Christoph WEBER	031 358 15 47	christophweber@sonnenhof.ch	CMO, Mitglied der GL, Vorsitzender Ärzterat
Lilly PULVER	031 358 16 88	lillypulver@sonnenhof.ch	Mitglied der GL, Koordination EKAS
Mauro MORONE	031 358 17 17	mauromorone@sonnenhof.ch	Mitglied der GL, Leiter Logistik & Systeme (inkl. Sicherheitskonzepte und technischer Dienst)

Die oben aufgeführten Personen sind verantwortlich für verschiedene Systeme und Instrumente, die das Qualitätsmanagement direkt unterstützen. So dienen die Anstrengungen bezüglich Hygienekontrollen oder der Arbeitssicherheit weitgehend der Leistungsqualität. Die Geschäftsleitung ist im Qualitätsmanagement stark vertreten und zeigt, dass der Verbesserungsgedanke von «ganz oben» gelebt wird.

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 «Sonnenhof AG Bern» → Kapitel «Leistungen» → «Fachgebiete», «Apparative Ausstattung» oder «Komfort & Service»

☒ Spitalgruppe: Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten:



Zwischen Hauptbahnhof und Autobahnausfahrt Neufeld

Klinik Engeried & Alters- und Pflegewohnheim

Riedweg 15

3001 Bern

Tel. +41 31 309 91 11

Fax +41 31 309 98 44

Die Klinik Engeried liegt an ruhiger Wohnlage im Westen der Stadt Bern. Die modern eingerichtete Akut- Privatklinik bietet Ihnen hervorragende medizinische Betreuung und Pflege sowie eine exzellente Hotellerie. In den modernen und komfortablen Zimmern herrscht eine angenehme persönliche Ambiance.



Nähe Autobahnausfahrt Ostring und Paul Klee-Museum

Klinik Sonnenhof

Buchserstrasse 30

3006 Bern

Tel. + 41 31 358 11 11

Fax + 41 31 358 19 01

Die Klinik Sonnenhof liegt im Osten der Stadt Bern, nahe der Grünzone. Die modern eingerichtete Akut-Klinik bietet höchste Qualitätsstandards sowohl im medizinischen und pflegerischen als auch im Hotelleriebereich. Zudem betreibt die Klinik seit mehr als 50 Jahren eine interdisziplinäre Notfallstation, die das ganze Jahr rund um die Uhr jedermann offen steht. Mit über 11'000 Patienteneintritten ist sie nach dem Inselspital der grösste Notfallversorger in der Stadt Bern.

C1 ANGEBOTSÜBERSICHT

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten		Versorgungsnetz	
	Engeried	Sonnenhof	Kooperation mit Belegärzten	Zusammenarbeit mit dem Inselspital
Allgemeine Chirurgie	X	X	X	
Anästhesiologie und Reanimation: <i>Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie</i>	X	X		
Dermatologie und Venerologie: <i>Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten</i>		X	X	
Gynäkologie und Geburtshilfe: <i>Frauenheilkunde</i>	X		X	
Handchirurgie	X	X	X	
Herz- und thorakale Gefässchirurgie: <i>Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum</i>	X	X		X
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	X	X		
☒ Angiologie: <i>Behandlung von Blut- und Lymphgefässerkrankungen</i>	X	X	X	
☒ Endokrinologie und Diabetologie: <i>Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion</i>	X	X	X	
☒ Gastroenterologie: <i>Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane</i>		X		
☒ Hämatologie: <i>Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems</i>	X	X	X	
☒ Hepatologie: <i>Behandlung von Erkrankungen der Leber</i>		X	X	
☒ Infektiologie: <i>Behandlung von Infektionskrankheiten</i>	X	X		
☒ Kardiologie: <i>Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen</i>		X		X
☒ Medizinische Onkologie: <i>Behandlung von Krebserkrankungen</i>	X	X		
☒ Nephrologie: <i>Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege</i>		X	X	
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation: <i>Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen</i>	X	X		
☒ Pneumologie: <i>Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane</i>	X	X	X	
Intensivmedizin		X		
Neurochirurgie		X		
Neurologie: <i>Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems</i>	X	X	X	
Ophthalmologie: <i>Augenheilkunde</i>	X	X	X	
Orthopädie und Traumatologie: <i>Knochen- und Unfallchirurgie</i>	X	X		
Oto-Rhino-Laryngologie ORL: <i>Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO</i>	X	X	X	
Pädiatrie: <i>Kinderheilkunde</i>	X		X	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	X		X	X
Psychiatrie und Psychotherapie	X	X	X	
Radiologie: <i>Röntgen & andere bildgebende Verfahren</i>	X	X		
Urologie: <i>Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane</i>	X	X	X	
Angebotene therapeutische Spezialisierungen: Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen / pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.	An den Standorten			
	Engeried	Sonnenhof		
Ernährungs- und Diabetesberatung	X	X		
Physiotherapie	X	X		

C2 KENNZAHLEN AKUTSOMATIK 2010

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelter Patienten,	52'827	46'131	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	4	-	
Anzahl stationär behandelter Patienten,	11'177	10'581	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	1'059	1'026	
Geleistete Pflegetage	53'912	50'629	Ohne Säuglinge
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	175	170	Ohne Säuglinge
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5.3	5.3	Ohne Säuglinge
Durchschnittliche Bettenbelegung	87.8%	85.6%	Ohne Säuglinge

D1 ZUFRIEDENHEITSMESSUNGEN

Die Zufriedenheit der Patienten, Angehörigen, Kunden, zuweisenden und nachversorgenden Ärzten, Lieferanten, Partnern und Mitarbeitenden ist eine wichtige Grösse. Funktioniert etwas nicht einwandfrei, besteht hier die Möglichkeit, konkrete Hinweise entgegen nehmen und somit unmittelbare Verbesserungsmassnahmen einleiten zu können. Zufriedenheitsmessungen sind subjektive Messgrössen. Um zu objektivieren, verwenden wir bei schriftlichen Befragungen einen Fragebogen mit vorgegebenen standardisierten Antwortmöglichkeiten. Die «Fragebogen» werden oft auch «Messinstrumente» genannt. Wir unterscheiden 2 Messarten:

- Die fortlaufende Befragung mit einem relativ kurzen Fragebogen als **Monitoringinstrument**, das zur laufenden Überwachung dient.
- Die zeitlich befristete Befragung (z. Bsp. 3 Monate lang) mit einem ausführlichen Fragebogen zur Identifikation von vermuteten, aus dem Monitoring einigermaßen bekannten **Schwachstellen**. Diese Befragung wird in periodischen Abständen durchgeführt (z. Bsp. alle 3-5 Jahre). Das Spital hat so genügend Zeit, um aus den Umfrageergebnissen Verbesserungsmassnahmen abzuleiten, sie umzusetzen und mit der nächsten Befragung ihre Wirkung zu überprüfen.

D1-1A PATIENTENZUFRIEDENHEIT (STICHPROBE)

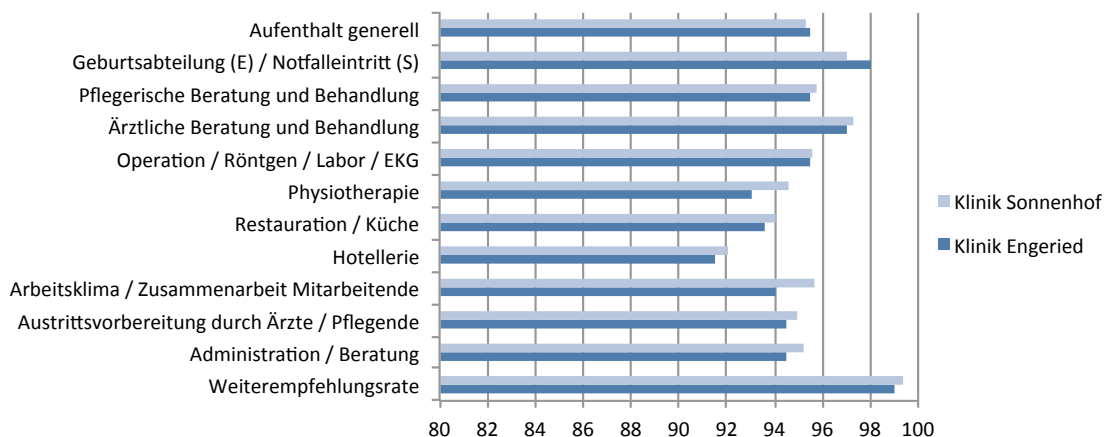
Die Messung der Patientenzufriedenheit **im ganzen Betrieb / an allen Standorten** liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten resp. Bewohner das Spital, das Alterswohnheim und die Betreuung empfunden haben. Diese Messung wurde im November 2011 durchgeführt. Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

Die Messdaten aus der Befragung 2011 wurden über die ANQ-Messung erhoben. Wir verzichten in diesem Kapitel D1-1a auf die Darstellung und verweisen auf das Kapitel

D2-5 «Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ»

D1-1B PATIENTENZUFRIEDENHEIT (FORTLAUFENDE ÜBERWACHUNG)

Um die stichprobenartige Messung aus dem Jahr 2011 zu ergänzen, und um fortlaufend die Patientenzufriedenheit in verschiedenen Dimensionen zu kennen, setzen wir einen eigenen «Hausfragebogen» ein und befragen sämtliche Patienten, die bei uns eine stationäre Behandlung erhielten, anlässlich ihres Austrittes. Folgende Fragestellungen werden für die beiden Standorte erhoben:



Die Zufriedenheit ist im Jahresschnitt 2011 mindestens bei 95%, d.h. 95 von 100 Patienten waren sehr zufrieden. Wichtig für uns ist auch der Anteil an Patienten, die unser Spital weiterempfehlen werden: Der Sonnenhof gelangt auf einen Jahresdurchschnitt von 99.33%, und das Engeried nur geringfügig weniger, nämlich 99.00%. Die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten bleibt im Vergleich zum Vorjahr 2010 also auf einem sehr hohen Niveau stabil.

D1-1C OMBUDSSTELLE / BESCHWERDEMANAGEMENT

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.

Beanstandungen sind nicht nur Patienten vorenthalten. Wir schätzen es auch, wenn uns auch Angehörige oder Partner eine Rückmeldung formulieren, welche wir dann im vertraulichen Rahmen sorgfältig abklären werden.

☒ Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement. Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:

Bezeichnung der Stelle	Qualitätsmanagement
Name der Ansprechperson	Stefan Steccanella
Funktion	Qualitätsmanager
Erreichbarkeit (Telefon, Mail)	031 358 18 58, stefansteccanella@sonnenhof.ch

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. Wie oben erwähnt wird diese Zufriedenheitsmessung nicht dauernd durchgeführt, sondern periodisch mit einem Mehrjahres-Intervall.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☒ Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.				
Ja, unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.				
☒	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2006	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: Evtl. 2013
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒ ...nur an folgenden Standorten:	Klinik Sonnenhof
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Notfall

Messergebnisse der letzten Befragung 2006		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	---	Wurde nicht berechnet
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Vertrauen in das Vorgehen	87%	100% = völliges Vertrauen / 0% = überhaupt kein Vertrauen
Umgang mit dem Kind	100%	100% = sehr nett & freundlich / 0% = sehr unfreundlich
Fachliche Kenntnisse	96%	100% = sehr gute fachliche Kenntnisse / 0% = schlechte K.
Wartezeiten	79%	100% = kurze Wartezeit / 0% = lange Wartezeit
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark mit Verein Outcome).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Emerge = Sichere und schnelle Hilfe in der Notfallstation	Name des Messinstitutes	Verein Outcome
Beschreibung des Instrumentes	Elternbefragung anhand eines 22 Fragen umfassenden Fragebogens über die Bereiche kindergerechte Umgebung, Durchführung von Untersuchungen, Information und Aufklärung, Vertrauen in die Diagnosestellung, Fachkompetenz und Umgang des Personals, Unterstützung und Wartezeiten.			
Einschlusskriterien	Erfasst wurden alle Personen, die notfallmässig das Spital aufsuchten (ambulant und stationär).			
Ausschlusskriterien	Separat erfasst wurden Personen, die NF-Einrichtungen und NF-Personal in Anspruch nahmen, ohne dass ein NF-Problem vorlag.			
Rücklauf in Prozenten	40%	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein	☐ 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?				
☒	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit			
☒	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2006	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:

Messergebnisse der letzten Befragung 2006		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	66%	100% = max. Zufriedenheit / 0% = max. Unzufriedenheit Alle Werte sind durchschnittlich 5% höher als der Mittelwert aller an der Messung beteiligten Spitäler.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Arbeitsinhalt	73%	100% = max. Zufriedenheit / 0% = max. Unzufriedenheit
Arbeitsplatz	66%	100% = max. Zufriedenheit / 0% = max. Unzufriedenheit
Führung	70%	100% = max. Zufriedenheit / 0% = max. Unzufriedenheit
Leistung des Arbeitgebers	70%	100% = max. Zufriedenheit / 0% = max. Unzufriedenheit

☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark mit Mecon).

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Mitarbeiterzufriedenheit Version 1.1.5	Name des Messinstitutes	Mecon
Beschreibung des Instrumentes	Die 57 Fragen des Mitarbeiterfragebogens sind in die Bereiche Arbeitsinhalt, Lohn, Leistungen des Arbeitgebers, Arbeitszeit, Aus- und Weiterbildung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Team, Führung und Arbeitsplatz aufgeteilt.			
Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden der Sonnenhof AG Bern			
Ausschlusskriterien	Mitglieder der Geschäftsleitung			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	n.v.			
Rücklauf in Prozenten	51%	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein	☐ Ja

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?					
☒	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit				
☒	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	Evtl. 2013
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt				

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Radiologie

Messergebnisse der letzten Befragung 2009		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	---	Wurde nicht berechnet
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Terminvereinbarung	96%	Innert nützlicher Frist 100% = ja immer / 0% = überhaupt nicht
Anliegen / Wünsche	94%	100% = werden berücksichtigt / 0% = werden nicht berücksichtigt
Bildqualität	99%	100% = sehr gut / 0% = sehr schlecht
Befund / Bericht	93%	Innert nützlicher Frist 100% = ja immer / 0% = überhaupt nicht

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Zufriedenheit der zuweisenden Ärzteschaft mit den Leistungen der Radiologie			
Einschlusskriterien	Hauptzuweiser, die 80% der Untersuchungen in Auftrag geben			
Ausschlusskriterien	Zuweiser, die selten Untersuchungen in Auftrag geben			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	n.v.			
Rücklauf in Prozenten	42%	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein	☐ Ja

D2 ANQ-INDIKATOREN³

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 (Unfallversicherung UV, Invalidenversicherung IV und Militärversicherung MV). Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnis-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, bei ausgereiften Instrumenten schweizweit zu vergleichen, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ für die Akutsomatik 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

Die Erläuterung zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln.

D2-0 VORBEMERKUNGEN ZU SQLAPE®

SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die international eingesetzt wird. Sie berechnet die gewünschten Werte aus statistischen Daten der Spitäler: Jedes Spital muss alle Diagnosen und Eingriffe an hospitalisierten Patienten nach einer vorgegebenen Form codieren und jährlich an das Bundesamt für Statistik BfS zustellen. Solche Daten haben den Vorteil, dass sie flächendeckend, also landesweit, verfügbar sind.

Sie besitzen aber auch den Nachteil, dass sie mit einer Verzögerung von 1.5 – 2 Jahren auswertbar sind. D.h. Eingriffe beispielsweise vom Frühling 2010 werden im Frühling 2011 an das BfS gesendet und können nach der Datenprüfung erst Ende 2011 ausgewertet werden.

Nachfolgende Messungen / Berechnungen wurden durch das BfS im 2011 erstellt und berücksichtigen die statistischen Daten aus dem Jahr 2009!

³ Die Namensgebung stammt aus dem Französischen: «L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)». In Deutsch übersetzt heisst der Verein «Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken». Weitere Informationen: www.anq.ch

D2-1 POTENTIELL VERMEIDBARE WIEDEREINTRITTE (REHOSPITALISATIONEN) MIT SQLAPE®⁴

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,
- er nicht voraussehbar war (ungeplant),
- und er **innert 30 Tagen** erfolgt.

Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung oder ambulanten Physiotherapiesitzungen, 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?					
☒	Ja, unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.				
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	laufend
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht .				

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	
☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	
☐	...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. «Pseudonymisiert» heisst, dass alle Werte der Spitäler, die an der Messung teilgenommen haben, einzeln aber anonym abgebildet sind. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ⁴

⁴ 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 für das Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com.

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?				
☒ Ja, unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.				
☐ Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	laufend
☒ Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht.				

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Chirurgische Eingriffe

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 ⁵

⁵ 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 unter Umständen schwere Komplikationen 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 für das Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
☒	Ja, unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO		
☐	Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		Chirurgische Eingriffe

Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	davon Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Vergleichskollektiv (Spitäler Schweiz)
☒ Dickdarm (Colon)	11**	0	--%()	12.9 %
☒ Kaiserschnitt (Sectio)	277	3	1.08 % (0.2 – 1.9)	1.79 %
☒ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	n.v.*	n.v.*	n.v.*	n.v.*
☒ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen	n.v.*	n.v.*	n.v.*	n.v.*
☒ Gallenblase-Entfernung	20**	1	-- % ()	3 %
☒ Hernieoperation	23**	0	-- % ()	1.23 %

⁶ 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.

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Die Auswertung von den Sectios ist nicht auf eine Zeitspanne von einem Jahr, sondern nur von 9 Monaten berechnet, d.h. die Resultate von den Fallzahlen Kaiserschnitt 1.1.2011 – 30.09.2011 liegen vor. Diese verkürzte Zeitspanne diente der Anpassung der Messperiode, um im Einklang mit der vom ANQ vorgegebenen Messdauer zu sein. Die Klinik Sonnenhof verzeichnete in 9 Monaten 277 Sectios, davon 3 mit nur oberflächlichen Infekten. Dies entspricht einer Rate von 1.08% in 9 Monaten im Vergleich zu jener des Vergleichkollektives mit 1.82%.

* Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach **1 Jahr** durchgeführt wird, liegen für 2011 noch keine Resultate vor.

** Die Anzahl der verschiedenen Operationen wurde erhoben, aber die Mindestmenge an Fällen / Eingriffen von 30 wurde in der beobachteten Zeitspanne nicht erreicht. Eine Aussage wäre statistisch überhaupt nicht zuverlässig, weshalb daraus auch keine Infektrate berechnet wurde.

Der ANQ hat beschlossen die Ergebnisse der postoperativen Wundinfektionsmessung 2011 in pseudonymisierter Form zu veröffentlichen, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Ausserdem konnte SwissNOSO die Validierung der Daten 2010/2011 bis dato noch nicht vornehmen. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.

Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der postoperativen Wundinfektionsraten 2010/2011 zu verzichten.

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 Patienten, 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.

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 Krankheitssituationen 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 Spitalqualität 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.

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

Informationen für das Fachpublikum

Messinstitution	Berner Fachhochschule
-----------------	-----------------------

D2-4A STÜRZE

Definition: «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?

- ☒ Ja, unser Betrieb **führte** 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?

- ☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → ☐ ...nur an folgenden Standorten:

- ☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → ☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

- ☒ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse (siehe untenstehende Bemerkungen)

Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Sturzrate 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind. Die Spitäler haben bis zum Redaktionsschluss dieses Berichtes keine Ergebnisse erhalten.

D2-4B 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 Liegeposition 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?
--

- | |
|---|
| ☒ 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?

- | | |
|--|---|
| ☒ Im ganzen Betrieb /
an allen Standorten, oder... → | ☐ ...nur an folgenden Standorten: |
| ☒ In allen Kliniken /
Fachbereichen / Abteilungen,
oder... → | ☐ ...nur in folgenden Kliniken /
Fachbereichen / Abteilungen: |

- | |
|--|
| ☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse |
|--|

Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Prävalenzrate von Dekubitus 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.

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?			
☒ Ja, unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse der letzten Befragung			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Vergleichskollektiv (Spitäler CH)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.47	9.17	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.24	9.03	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.42	9.09	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.26	8.99	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.58	9.40	0 = nie 10 = immer
Arithmetisches Mittel	9.39	9.14	
Rücklauf an ausgefüllten Fragebogen	60.85 %	52.29 %	
Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung			
Zentrales Messinstitut			
☒ hcri AG			
☐ MECON measure & consult GmbH			
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, Mehrfachlieger (Mehrere Aufenthalte in der beobachteten Periode, nur 1x befragt), Patienten mit Aufenthaltsdauer < 24 h, Patienten jünger als 18 Jahre.	

D3 WEITERE QUALITÄTSMESSUNGEN IM BERICHTSJAHR 2011

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Anzahl Patienten, die unbeabsichtigt auf eine tiefere Ebene gelangen.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Folgen und ärztlicher Behandlung	Anzahl mit leichten Behandlungsfolgen ohne ärztliche Behandlung	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
13	1	12	Klinik Engeried
130	13	42	Klinik Sonnenhof
☒ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark, siehe Bemerkungen)			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	Netrange AG «Meldeportal», Modul «Stürze»	

Die Messung läuft dauerhaft, ist also eine Vollerhebung. Die Resultate werden zwischen den akutsomatischen Spitälern des Kantons Bern ausgetauscht, das Messprogramm wird durch den Kanton Bern im Rahmen des Qualitätssicherungsprogrammes QABE koordiniert.

Die Pflege befindet sich bezüglich Sturzerfassung in einem Zielkonflikt: Nach der Behandlung, vor allem bei orthopädischen Patienten, wie sie im Sonnenhof zahlreich sind, ist es notwendig, die Patienten zu mobilisieren. Dabei entsteht das Risiko, dass sie das Gleichgewicht verlieren, ausrutschen, stürzen etc

D3-3 DEKUBITUS (ANDERE ALS MIT DER METHODE LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Ischämische Schädigungen der Haut und der darunter liegenden Gewebe aufgrund von länger andauernder Druckbelastung.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung (%)	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
33.8 %	66.2 %	Bei Dekubiti ist der Schweregrad mitzuberechnen. Die meisten sind auf den Stufen I oder II festzustellen, und nur sehr selten auf der obersten, schwersten Stufe IV.

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	Netrange AG «Meldeportal», Modul «Dekubiti»

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 A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	A	Gesamte Chirurgie
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A	Frauenmedizin
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	A	Anästhesie
SIRIS ⁸ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	A	Gesamte Orthopädie

⁸ 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
ISO 9001:2008 Qualitätsmanagement		Ganzer Betrieb	2006	2009	Jährliches Aufrechterhaltungsaudit. 2011 bestanden. Nächste Rezertifizierung Juni 2012
SLH-Qualifikation nach dem EFQM-Modell		Ganzer Betrieb	2001	2010 Requalifikation	Nächste Requalifikation 2013
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz EKAS		Ganzer Betrieb	2010	2010	Branchenlösung H+
ISO IEC 17025 Akkreditierung		Laboratorien	2006	2012 Re-Akkreditierung	1 – 2 jährliches Aufrechterhaltungsaudit
Kantonales Lebensmittelgesetz		Restauration + Küche	Gesetzliche Vorgaben	2012 Inspektion	Lebensmittelkontrolle jährliche Inspektion
Master ISO 22000		Restauration + Küche	2001	2012	Zertifizierung HACCP Prolek GmbH Halbjährliche Kontrollen
UNICEF-Auszeichnung «Stillfreundliche Klinik»		Geburtsabteilung Klinik Engeried	2001	2010	Nächste Rezertifizierung voraussichtlich im 2012 (neues UNICEF-Richtlinien)

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.

Patientenorientierung Direkte Massnahmen, um Patienten optimaler zu informieren und deren Bedürfnisse besser erkennen zu können.			
Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Patientenzufriedenheit (Hausfragebogen)	Erhöhung der Zufriedenheit der Patient/innen	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	laufend
Vereinfachter Patienteneintritt / zentrale Bettendisposition	Erarbeitung von standardisierten Patientenabläufen, um den Eintritt einfacher und besser dokumentiert zu gestalten	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	2011 – 2012
Überarbeitung der Website www.sonnenhof.ch	Stets aktuelle Informationen	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	laufend

Patientensicherheit Aktivitäten zur Erhöhung der Sicherheit unserer Patienten durch Fallbesprechungen und Standardisierung			
Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
MoMo-Konferenz Interprofessionelles OP-Komitee (Fallbesprechungen)	Erhöhung der Patientensicherheit / Prozessoptimierung	Beide Standorte / OP- Betriebe	laufend
Erarbeitung und Überprüfung von Standards und Handlungsanweisungen	Erhöhung der Patientensicherheit und Fachkompetenz der Mitarbeitenden	Beide Standorte / Fachgruppe Pflege	Seit 1999 fortlaufend
Patientensicherheitscheckliste	Standardisierter OP-Ablauf ab Vorbereitung auf der Station bis zum Schnitt.	Interdisziplinär: Pflege, Anästhesie, Chirurgie, Administration	Ab 2012

Hygienemassnahmen Stetige Überwachung, Weiterentwicklung und Schulung von Hygienethemen.			
Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Händehygiene-Compliance	Erfassung der Händehygiene	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	laufend
Erweiterte Hygiene-Richtlinien für OP-Bereich erstellen.	Optimierung der Abläufe der Anästhesie	Beide Standorte / OP- Betriebe	2010 – 2011
Hygieneschulungen	Erhöhung der Patientensicherheit und Personalsicherheit	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	laufend

Meldesysteme Fortlaufendes Lernen und Verbessern erhöht die Patientensicherheit und -zufriedenheit. Elektronische Erfassung.			
Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
CIRS⁹ Meldesystem für kritische Zwischenfälle	Erhöhung der Patientensicherheit / Prozessoptimierung	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	Seit 2005 laufende Erfassung
Vigilanzen (ständige Überwachung von Material, Blutprodukten und Medikamenten)	Erhöhung der Patientensicherheit und Kommunikation mit Behörden (swissmedic)	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	laufend
Pflegequalität (Meldungen zu Stürzen und Druckgeschwüren)	Erhöhung der Patientensicherheit / Prozessoptimierung	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	laufend
Beschwerdemanagement Zentrale Meldestelle für Beanstandungen und Anregungen.	Erhöhung der Zufriedenheit der Patient/innen	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	laufend
Umsetzung von Optimierungsvorschlägen aus den Patientenumfragen / Patientengesprächen sowie aus der Mitarbeitersensibilisierung bezüglich ständiger Verbesserung	Erhöhung der Zufriedenheit der Patient/innen	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	fortlaufend

⁹ Critical Incident Reporting System

Präventive Massnahmen Sorgfältige Risikoabklärung bei Patienten und bei Bedarf vorbeugende Massnahmen. Schulung der Mitarbeitenden.			
Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Sturzprävention Intensivierung der Sturzprophylaxe	Erhöhung der Patientensicherheit und Pflegequalität	Beide Standorte / Ganzer Betrieb v.a. Pflege	laufend
Dekubitusprävention Intensivierung der Dekubitusprophylaxe	Erhöhung der Patientensicherheit und Pflegequalität	Beide Standorte / Ganzer Betrieb v.a. Pflege	laufend

Mitarbeiterorientierung Sicherung der Fachkompetenz und Gesundheit unserer Mitarbeitenden.			
Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Laufende Schulungen (Interdisziplinär)	Erhöhung der Fachkompetenz der Mitarbeitenden	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	laufend
Prävention und Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden	Ergonomiebewusstes Arbeiten	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	2009-2010

Klinik-Informationssystem (KIS) Vernetzung von Daten, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Prozessen, schnell verfügbare Statistiken			
Teilprojekte in Zusammenhang mit der Realisierung eines KIS	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Prozessoptimierungen	Ein- und Austrittsprozesse über- prüfen. Integration der Nachbe- handlungen und Nachversorgun- gen in die Leistungsprozesse	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	2011
Integration Patientenidentifikation	Eindeutige Identifikation mit CHIP-bestücktem Armband für Identifikation, Zutrittsregelung, Leistungsbezug (z. Bsp. Hotellerie, Restaurant etc.)	Beide Standorte / Ganzer Betrieb	Ab 2012

E3 AUSGEWÄHLTE QUALITÄTSPROJEKTE

Die Einführung eines klinikweiten Informationssystems genießt bei uns als Projekt zurzeit die höchste Priorität: Spitalweite (an 2 Standorten), sofort verfügbare, zentral gespeicherte, korrekte Daten über Behandlungen, Patienten, Medikamente etc. sind unerlässlich im Spitalalltag. Die jahrelang gelebten Abläufe müssen in den nächsten Monaten abgelöst werden. Dafür bedarf es eines neuen, komplexen Systems, welches die überall verfügbaren Informationen korrekt vernetzt. Es leistet so einen wesentlichen Beitrag für Abklärungen, Diagnosestellungen, Behandlungsabläufe und für die Kommunikation mit Angehörigen, zuweisenden Ärzten, nachversorgenden Instanzen wie Rehabilitationskliniken, Heime oder Hausärzte.

Projekttitlel	KIS	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Elektronische Dokumentation und Verordnung und dadurch Erhöhung der Patientensicherheit	
Beschreibung	Konzeptionierung und Einführung eines unternehmensweiten Klinik-Informationssystems	
Projektablauf / Methodik	Stufenförmige Ausrollung eines Klinik-Informationssystems von Winter 2011 bis Sommer 2012	
Einsatzgebiet	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflegefachpersonal, Medizin-technische Berufe	
Projektevaluation / Konsequenzen	Verbesserung der Verfügbarkeit von Informationen für klinische Entscheidungsträger und klinisch Tätige	

Die Qualität und die Sicherheit der Behandlung unserer Patientinnen und Patienten erfordern nicht nur ein andauerndes Engagement, sondern auch den integralen Blick über Fachbereiche und Berufsgruppen hinweg. Um künftig weitere Fortschritte mit Qualitätsinitiativen erzielen zu können, ist eine Intensivierung der übergreifenden Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegenden, Medizintechnik und Administration erforderlich. Auch ist die Verbesserung des Informationsmanagements im Spital und zwischen Spital und praktizierenden Ärzten eine weitere, wichtige Voraussetzung, um einerseits die Qualität und Sicherheit der Behandlung zu verbessern, aber auch, um Outcome-Daten effizienter und effektiver messen zu können.

HERAUSGEBER



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:

H+ Die Spitäler der Schweiz

Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

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

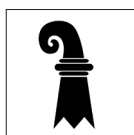
BETEILIGTE KANTONE / GREMIEN



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 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 sind im Kapitel D2 «ANQ-Indikatoren» beschrieben.

Siehe auch <http://www.anq.ch>

Klinik Sonnenhof
Buchserstrasse 30
CH-3006 Bern
Telefon +41 31 358 11 11
Telefax +41 31 358 19 01

Klinik Engeried
Riedweg 15
CH-3012 Bern
Telefon +41 31 309 91 11
Telefax +41 31 309 98 44

www.sonnenhof.ch
klinik@sonnenhof.ch