

Berner Reha Zentrum
Heiligenschwendi



**Berner REHA Zentrum
Heiligenschwendi
3625 Heiligenschwendi**



Qualitätsbericht 2009

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



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	7
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	8
C1	Kennzahlen Akutsomatik	8
C2	Kennzahlen Psychiatrie	8
C3	Kennzahlen Rehabilitation	8
C4	Kennzahlen Langzeitpflege	8
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	9
D1	Zufriedenheitsmessungen	9
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	9
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	10
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	11
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	12
D2	ANQ-Indikatoren	13
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	13
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	13
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	14
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	14
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	15
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	15
D5	KIQ-Pilotprojekte	17
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	17
D5-2	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation	17
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	18
E1	Pflegeindikatoren	18
E1-1	Stürze	18
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	18

E2	Weitere Qualitätsindikatoren.....	19
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege	19
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings	19
F	Verbesserungsaktivitäten	22
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	22
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	22
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	27
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	28
G	Schlusswort und Ausblick	30
H	Impressum	31
I	Anhänge	32



Im Jahre 1895 unter dem Namen «Bernische Heilstätte für Tuberkulose» als eine der ersten Volksheilstätten in der Schweiz eröffnet und im Jahre 2000 in Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi umbenannt, hat sich das Haus innerhalb weniger Jahre zu einem modernen Nachsorgezentrum gewandelt. Heute ist das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi eine gemeinnützige Aktiengesellschaft mit Sitz in Heiligenschwendi.

Als Spezialklinik mit kantonalem Leistungsauftrag bietet das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi in landschaftlich reizvoller Umgebung ganzheitliche Rehabilitation und medizinische Weiterbehandlung. Ziel ist die grösstmögliche Wiederherstellung der Gesundheit, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Patientinnen und Patienten sowie eine nachhaltige Prävention, dies mit spezifischen Programmen nach Richtlinien der entsprechenden Fachgesellschaften. Es werden Patientinnen und Patienten aufgenommen, die nach grossen Operationen oder schweren Krankheiten einer gezielten Nachsorge bedürfen. Besonders geeignet sind unsere Rehabilitationsprogramme für Patienten mit Begleiterkrankungen, etwa im Bereich des Bewegungsapparates, des Herzens oder der Lunge. Das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi ist eines von mehreren von der SWISS REHA anerkannten Rehabilitationszentren der Schweiz und steht sowohl auf der Spitalliste des Kantons Bern als auch auf den Listen der wichtigsten Schweizer Krankenversicherer.

In den 123 betriebenen Betten werden jährlich rund 2000 Patienten betreut. Sämtliche Zimmer des Berner Reha Zentrums sind mit einem Telefon zur Direktwahl und einem modernen Radio- / TV-Gerät ausgestattet, die meisten Zimmer verfügen zusätzlich über Internetanschluss. Auf jeder Abteilung befinden sich ferner ein Aufenthaltsraum und ein gemeinsames Esszimmer. Selbstverständlich legt das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi grossen Wert auf ausgewogene, frische Kost. Auch unser rauchfreies Selbstbedienungsrestaurant, das den Patientinnen und Patienten sowie Gästen täglich zwischen 9 und 20 Uhr offen steht, bietet eine reiche Auswahl an Speisen und Getränken an. Gut zu wissen: Das Berner Reha Zentrum bietet Zusatzversicherten Patienten einen Gästeservice für Hotellerieleistungen an, ist seit vielen Jahren ISO-zertifiziert und wurde 2006 als erste Institution im Gesundheitswesen mit dem Gütesiegel Stufe I des Schweizer Tourismus für ihre interdisziplinäre Dienstleistungsqualität ausgezeichnet.

Das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi verfügt über rund 233 Stellen, die auf 318 Mitarbeitende aufgeteilt sind. Davon werden 13.4 Stellen für Auszubildende angeboten. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind ausgebildete Fachleute mit Zusatzqualifikationen im Bereich Rehabilitation. Zu den Dienstleistungen des Berner Reha Zentrums gehören der Ärztliche Dienst mit ausgewiesenen Spezialisten in Pneumologie, Kardiologie, Rheumatologie, Rehabilitation und Innerer Medizin; aktivierende Betreuung rund um die Uhr durch diplomierte Pflegefachpersonen; Labor- und Röntgendiagnostik, Ultraschall, ausgebaute Herz- und Lungenfunktionsdiagnostik; Physiotherapie; physikalische Therapien; Ergotherapie und Logopädie.

Weitere interessante Informationen über das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi sowie den Geschäftsbericht 2009 finden Sie auf folgender Webseite www.rehabern.ch

Im Anhang finden Sie zudem das Organigramm des Qualitätsmanagements sowie genauere Angaben über das Leitbild und den RundUmWeg.



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätsstrategie

Das Qualitätsmanagement ist geregelt durch eine ausführliche Systemdokumentation und orientiert sich an den Grundsätzen des Klinikleitbildes.

Grundlage für das Qualitätsmanagement ist das im Jahre 1998 erarbeitete und eingerichtete **TQM-System**¹. Die Geschäftsleitung ist dem TQM nach **ISO 9001** verpflichtet. ISO 9001 bestimmt die Anforderungen an das Qualitätsmanagementsystem, um festgelegte Produktforderungen (u. a. allfällige behördliche Anforderungen) zu erfüllen und die Kundenzufriedenheit zu erhöhen.

Darüber hinaus wurde das Berner Reha Zentrum im Jahre 2006 - als erste Reha-Klinik der Schweiz – mit dem **Qualitäts-Gütesiegel** Stufe I von Schweiz Tourismus ausgezeichnet. Die Stufe I konzentriert sich auf die Qualitätsentwicklung und widmet sich insbesondere der Servicequalität. Sie wirkt primär nach innen und motiviert insbesondere die Mitarbeitenden einer Unternehmung. Die Gäste erkennen so die Qualität nicht nur am Gütesiegel sondern erfahren sie direkt über bessere Dienstleistungen.

Qualitätsziele 2009

- KIQ²-Projekt muskuloskelettale Rehabilitation
- Outcome-Messungen Kardiologie, Pneumologie & Geriatrie
- Qualitätsschulung aller Mitarbeitenden
- Umsetzung Risikomanagement
- Rezertifizierung des Qualitätsgütesiegels (2010-2013)
- Projekt Skill- and Grade-Mix in der Pflege
- Picker-Studie zur Messung der Patientenzufriedenheit
- Patientenradar
- Evaluieren eines elektronischen CIRS
- Messung der Weiterbildungsqualität von Assistenzärztinnen/-ärzte

¹ Das Total Quality Management-System bezeichnet die durchgängige, fortwährende und alle Bereiche einer Institution erfassende aufzeichnende, sichtende, organisierende und kontrollierende Tätigkeit, die dazu dient, Qualität als Systemziel einzuführen und dauerhaft zu garantieren.

² KIQ = Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Multidimensionale Ergebnisdokumentation in der muskuloskelettalen Rehabilitation

Das im Juni 2007 gestartete Nationale Qualitätssicherungsprojekt der KIQ „Muskuloskelettale Rehabilitation“ wurde 2009 – nach dem zweiten Pilotjahr – mit der Auswertung einer repräsentativen Zahl standardisierter Patientenfragebogen zur subjektiven Gesundheit abgeschlossen. Gemessen an den beiden medizinischen Skalen WOMAC (Fragebogen zur Erfassung von Schmerz, Steifigkeit und funktionelle Kapazität für Patienten mit ADL-Problemen Untere Extremität) und SF-36 (Fragebogen zum Gesundheitszustand) kann eine signifikante Mobilitäts- und Schmerzverbesserung während der Reha dokumentiert werden, und zwar sogar dann, wenn zu Beginn der Rehabilitation der Komorbiditätsindex hoch und das Alter fortgeschritten sind und grosse Funktionsdefizite vorliegen.

Projekt „Skill- und Grade-Mix in der Pflege“

Damit die Bildungssystematik umgesetzt werden kann, müssen die Aufgaben und Kompetenzen im Pflegebereich neu verteilt werden. Eine detaillierte Analyse der bisherigen Arbeitsaufgaben ist unabdingbar, um den künftigen Skill- und Grademix für alle Abteilungen im Berner Reha Zentrum festzulegen; dabei steht *Skill* für die unterschiedlichen Berufserfahrungen und individuellen Fähigkeiten der Mitarbeitenden, während *Grade* die verschiedenen Ausbildungen / Weiterbildungen der Mitarbeitenden beschreibt. Im Herbst 2009 wurde das Projekt in der Pflege gestartet. Als Grundlage dient das Handbuch der Organisation der Arbeitgeber (OdA) Gesundheit beider Basel „der richtige Mix bringt's“ (2007). Zwei Kernthemen stehen im Zentrum des Projektes, indem sich jede Berufsgruppe künftig fragen muss: „Was ist ihre spezifische Kernkompetenz, die niemand anders besser und wirtschaftlicher ausüben kann?“ und „Welche traditionell durchgeführten Aufgaben können besser, genau so gut und kostengünstiger von anderen

Berufsgruppen übernommen werden?“. Dieses Projekt zielt darauf ab, die Pflegequalität sicherzustellen, eine nachhaltige Personalpolitik einzuleiten und den entsprechenden Ausbildungsbedarf zu erkennen.

Erhebung der Patientenzufriedenheit

Neben der Standardbefragung zur Patientenzufriedenheit untersuchte das Berner Reha Zentrum im Jahr 2009 zusammen mit dem Picker Institut und basierend auf dem Fragebogen für stationär behandelte Patientinnen und Patienten deren Zufriedenheit mit den Leistungen des Berner Reha Zentrums. Dabei wurde die schriftlich-postalische Methode angewendet. Im Vergleich mit der letzten gleichartigen Untersuchung aus dem Jahr 2002 konnten in zehn von elf gemessenen Dimensionen signifikante Verbesserungen festgestellt werden. Erheblich gesteigert haben sich Freundlichkeit und Verfügbarkeit des medizinischen Personals. Auch die Betreuung insgesamt wird positiver bewertet, ausserdem erhalten das Entlassungsprozedere und die Hilfe beim Organisieren der häuslichen Betreuung bessere Noten. Darüber hinaus sind erfreuliche Resultate im präventiven Bereich zu verzeichnen, dies hauptsächlich bei der Weitergabe von Informationen über die Förderung der Gesundheit. Am meisten gefreut hat uns indessen der grosse Zuspruch auf die Frage: Würden Sie diese Rehabilitations-Klinik ihren Freunden und ihrer Familie weiterempfehlen?

Aufbau einer Datenbank Pneumologie

Eine zentral gespeicherte Datenbank mit allen relevanten Erfassungsdaten (insbesondere Outcome-Parameter) stellt die medizinische Dokumentation sicher und gewährt dem multiprofessionellen Reha-Team Einblick in die wichtigsten medizinischen Erfassungsgrössen. Darüber hinaus können daraus Surrogate in Form von Berichten definiert werden, die der weiterbehandelnden Instanz einen Überblick zum aktuellen Zustand des Patienten gestattet.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

- Umsetzung Leitbild BRH (siehe Angang)
- Leistungserfassung Pflege – LEP (als Führungsinstrument eingesetzt)
- Leistungserfassung Material und Medikamente
- Vorprojekt zur Einführung eines Klinikinformationssystems (KIS)
- Outcome-Messungen in allen Fachbereichen mit hoher Datenqualität

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Klinikinformationssystem (KIS)

Im Lauf der letzten Jahre wurde auch im Berner Reha Zentrum der Ruf nach einem Klinik-Informationssystem immer lauter, um die zunehmend komplexer werdenden administrativen Arbeiten weiterhin effizient erledigen zu können. Die Qualität aller Leistungen hängt entscheidend davon ab, ob die richtigen Informationen zur richtigen Zeit für die richtigen Personen in der richtigen Form am richtigen Ort zur Verfügung stehen. Ein bereits in vielen Bereichen des Berner Reha Zentrums eingesetztes Programm deckt schon etliche der verlangten Funktionen ab. Eine eigens dafür einberufene Arbeitsgruppe soll unter der Leitung eines externen Experten den Ausbau des bestehenden Angebotes realisieren, um in den kommenden Jahren ein leistungsfähiges KIS zur Verfügung zu haben. Mittels KIS soll die Qualität der Dienstleistung in allen Bereichen des Berner Reha Zentrums weiter verbessert werden und dem Management die Möglichkeit geben damit auf die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen flexibel reagieren zu können.

Sicherheitsmanagement – Einführung eines elektronischen „Critical Incident Reporting Systems“ (CIRS)

Über ein Meldesystem für kritische Zwischenfälle (CIRS) wird in geschützter Umgebung den Arbeitenden die Möglichkeit gegeben, unter Wahrung der Vertraulichkeit oder der Anonymität über kritische Vorfälle in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld zu berichten. Solche Meldungen über einzelne Vorkommnisse liefern viel Wissen über Schwachstellen im System und verhelfen aus den darin enthaltenen Informationen Präventionsstrategien abzuleiten. Das Berner Reha Zentrum wird in den nächsten Jahren (2010/2011) ein solches „Frühwarnsystem“ evaluieren und einführen.

Ergebnismessung (=Outcome-Messung)

In den letzten Jahren verschob sich der Fokus von der Prozess-Messung in Richtung Outcome-Messung. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) schlägt paritätisch festgelegte Qualitätsmessungen auch für den Bereich Rehabilitation vor. In diesem Zusammenhang setzt das Berner Reha Zentrum auch zukünftig Fokus auf leistungsbezogene Outcome-Parameter in allen Kompetenzbereichen (Herz, Lunge, Bewegungsapparat, Allgemeinmedizin und Geriatrie), dies auch in Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften und anderen Kliniken. Die Leistungsfähigkeit hat einen wichtigen Einfluss auf die Lebensqualität und die Prognose der Patientin, des Patienten.

Pflegequalität

Im Rahmen der Pflegeentwicklung haben unsere Experten und Schlüsselpersonen, unterstützt von einer externen Pflegewissenschaftlerin, ein für unsere Patientinnen und Patienten geeignetes Pflege-Assessment entwickelt. Mit diesem Instrument schätzen Pflegendes systematisch die Ressourcen und die Pflegebedürftigkeit der Patienten und Patientinnen ein. Damit können gezielte Pflegediagnosen gestellt und die notwendigen Interventionen eingeleitet

werden. In Zukunft soll weiterhin die allgemeine Qualitätsarbeit im Ressort Pflege koordiniert vonstatten gehen. Das Instrument der verschiedenen Qualitätszirkel hat sich für die kontinuierliche Q-Arbeit bewährt und gewährleistet weiterhin einen hohen Standard in der Pflegequalität.

Zufriedenheitsmessungen

In den kommenden Jahren sind weiterhin kontinuierliche Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheitsmessungen, sowohl intern wie auch extern geplant.

Infrastruktur

Zur Verbesserung der Infrastruktur sind mehrere Projekte zur Gebäudesanierung vorgesehen.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☐	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	150 – 300% Stellenprozent zur Verfügung, je nach Arbeitsanfall.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
lic. phil. Armin Strom	033 244 33 00	a.strom@rehabern.ch	Qualitätsverantwortlicher, Direktor
Lilo Hirschi	033 244 33 01	l.hirschi@rehabern.ch	Q-Leitung, Direktionsassistent
Sabine Kalkhoff	033 244 33 78	s.kalkhoff@rehabern.ch	Q-Verantwortliche, Leitung Qualität und Entwicklung Pflege
Anne-Käthi Sherry	033 244 33 84	a.sherry@rehabern.ch	Q-Verantwortliche, Leitung ärztliches Sekretariat
Peter Van Wittenberge	033 244 34 02	p.vanwittenberge@rehabern.ch	Q-Verantwortlicher, Leitung Therapien
Beat Zimmermann	033 244 33 08	b.zimmermann@rehabern.ch	Q-Verantwortlicher, Leitung Betriebe
Matthias Zimmermann	033 244 36 55	m.zimmermann@rehabern.ch	Q-Verantwortlicher, Leitung Informatik und Projekte
Yvonne van der Feijst	033 244 33 28	y.vanderfeijst@rehabern.ch	Q-Verantwortliche, Medizincontrolling

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle		
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene		
Anzahl stationäre Patienten		
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene		
Anzahl Pflegetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte		

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflegetage
stationär				
Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht		☐ ja	☐ nein	☐ teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl stationäre Patienten	2024	
Anzahl Pflegetage gesamt	41 615	
Bettenanzahl per 31.12.	123	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	20.6	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	92.7%	
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte		
	--	

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.		
Anzahl Pflegetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung		
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte		

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☒	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2009	Nächste Messung: 2010
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☒	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	95% 98%	Gesamteindruck Beurteilung der Betreuung insgesamt (100% bedeutet eine maximale Zufriedenheit)
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
		Werte beziehen sich auf die Picker-Studie

☐ Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument		
☒ Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
☐ VO: PEQ			
☐ MüPF(-27)			
☐ POC(-18)			
☒ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Patientenzufriedenheitsbogen: „Ihre Meinung ist uns wichtig“ Patienten und/oder Angehörige haben Gelegenheit Ihre Rückmeldungen in drei Bereichen (1. „Was hat Sie bei uns gefreut?“, 2. „Was hat Sie bei uns geärgert?“, 3. „Welche Anregungen haben Sie?“) freitextlich niederzuschreiben. Da diese interne Befragung auf freiwilliger Basis stattfindet, kann keine Rücklaufquote berechnet werden.		
Einschlusskriterien	alle Patientinnen und Patienten auf freiwilliger Basis		
Ausschlusskriterien	keine		
Rücklauf in Prozenten	---		
Erinnerungsschreiben?	☒ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:	

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
☒	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2009 Nächste Messung: 2010
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☒	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		Siehe D1-1 vierte Tabelle internes Messinstrument „Ihre Meinung ist uns wichtig“
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☒	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☒	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Patientenzufriedenheitsbogen: „Ihre Meinung ist uns wichtig“ Patienten und/oder Angehörige haben Gelegenheit Ihre Rückmeldungen in drei Bereichen (1. „Was hat Sie bei uns gefreut?“, 2. „Was hat Sie bei uns geärgert?“, 3. „Welche Anregungen haben Sie?“) freitextlich niederzuschreiben. Da diese interne Befragung auf freiwilliger Basis stattfindet, kann keine Rücklaufquote berechnet werden.		
Einschlusskriterien	Alle Angehörige auf freiwilliger Basis		
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?	☒ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:	



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☒	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2009 Nächste Messung: 2010
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☒	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	--	qualitative Analyse und Bearbeitung der internen Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung im Rahmen der regelmässig stattfindenden Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement“
Ärztlicher Dienst	5.4 von 6	Umfrage Weiterbildungsqualität – jährliche Qualitätsrückmeldung durch Assistenzärztinnen und Assistenzärzte. Der Ergebniswert bezeugt eine überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte im BRH.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐ Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☒	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	„Hoppla – das müsste man sich genauer ansehen“ Dieses Instrument eröffnet den Mitarbeitenden die Möglichkeit, zuhanden der AQM-Gruppe, Anregungen zu Verbesserungen/neue Ideen und auch kritische Rückmeldungen einzubringen. Diese Möglichkeit beeinflusst die Arbeitszufriedenheit positiv. Systematische Befragung in Mitarbeitergesprächen		
Einschlusskriterien	alle MitarbeiterInnen des Berner Reha Zentrums Heiligenschwendi		
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?	☒ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:	



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☐	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



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

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



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

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?		
☐	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.	
☐	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.	
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: Nächste Messung:
☐	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?	

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
☐ Gallenblase		
☐ Blinddarmentfernung		
☐ Hernieoperation		
☐ Operation am Dickdarm		
☐ Kaiserschnitt		
☐ Herzchirurgie		
☐ Hüftgelenksprothesen		
☐ Kniegelenksprothesen		
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐	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?		
☐	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.	
☐	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.	
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: Nächste Messung:
☐	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?	

Infektions-Messthema	

Messung im Berichtsjahr 2009	
Gemessene Abteilungen:	Ergebnis:
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009	
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



Messthema	Multidimensionale Ergebnisdokumentation in der muskuloskelettalen Rehabilitation durch das Nationale Qualitätssicherungsprojekt der KIQ „Muskuloskelettale Rehabilitation“		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Muskuloskelettale Rehabilitation	Ergebnis:	Signifikante Mobilitäts- und Schmerzverbesserung sogar dann, wenn zu Beginn der Rehabilitation der Komorbiditätsindex hoch und das Alter fortgeschritten sind und grosse Funktionsdefizite vorliegen.
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☒ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	ANQ (früher KIQ) und RehabNet (Auswertungsinstanz) http://www.anq.ch/rehabilitation/pilotprojekt-reha/modul-muskulo/	

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
KIQ (anQ)	B/C	B: Teilnahme am 2-jährigen Pilotprojekt muskuloskelettale Rehabilitation (Messung vorgegebener Outcome-Parameter mittels WOMAC, SF-36, Comorb, NASS)	A
Systematisches Schmerz-Assessment	A	C: Sowohl quantitative Schmerzerfassung mittels VAS (Visuelle Analog-Skala) als auch qualitative Schmerzerfassung.	A
Komplikationsstatistik	A	C: Erfassen aller Komplikationen	A
BfS Bundesamt für Statistik	A	B: Erfassung der Diagnosen und Behandlungen zur Weiterleitung ans Bundesamt für Statistik	A
FMH	B	B: Weiterbildungsüberwachung der Assistenzärzte gemäss FMH-feed-back.	A
SGP (Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie) Kommission für pulmonale Rehabilitation	B	A: Genau definiertes Anforderungsprofil mit Q-Standards und Leistungsparametern. Abstract und Präsentation der Resultate nach ICD-10 Patientengut in Form von Workshops alle zwei Jahre.	A

SAKR	B	A: SAKR-Datenbank: Statistik des Patientenguts und der Komplikationen in der kardialen Rehabilitation.	A
LEP Leistungserfassung Pflege	A	B: Die Abkürzung LEP steht für 'Leistungserfassung in der Pflege'. Die wissenschaftlich fundierte Methode LEP besteht aus statistischen Erfassungs- und Darstellungsverfahren für die Gesundheits- und Krankenpflege. Als Management- und Controllinginstrument stellt LEP Prozessdaten für die Führung, die betriebsinterne Planung und Optimierung sowie die Kostenrechnung zur Verfügung.	B
BZP Bildungszentrum Pflege Controlling der Rahmenvereinbarung über die praktische Ausbildung von Lernende in Pflegeberufen	B	B: Alle Lernende füllen nach dem Praktikum einen Fragebogen aus. Einmal jährlich erfolgt die Auswertung der Lernendenbefragungen zusammen mit Vertretern der Berufsschulen.	A
BFH Berner Fachhochschule Gesundheit	B	B: Ausbildung von Studierenden Bachelor of Science BFH in Ernährung und Diätetik Fachhochschule Gesundheit Bern. Controllinggespräch 1 x jährlich	A
EKAS Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit	A	B: Der Bundesrat hat die EKAS als eigentliche Zentralstelle definiert. Für die Aufsicht über die Umsetzung der Vorschriften im Bereich Arbeitssicherheit – aber auch für die wichtige Beratung der Betriebe – sind so genannte «Durchführungsorgane» zuständig.	A
- Hygienekartei Inselspital - Merkblätter des BAG - Merkblätter der SUVA - Gesetzliche Verordnungen des Kantons Bern	A	B/C: Das BRH richtet sich nach den Hygienestandards des Inselspitals Bern, den Merkblättern des BAG & der SUVA, dem Lebensmittelgesetz des Kantons Bern sowie nach den eigenen dem Betrieb angepassten Standards (Hygieneordner) Externe Kontrolle jedes 2 Jahr durch Mitarbeiter Mikrobiologie Labor Meggen.	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, spezifizierte für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation die Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinikinternen 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	
☐ ja	Gewählte Messvariante: ☐ Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen ☐ Symptombelastung, Lebensqualität ☐ Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
☐ nein	

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
☒ ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: ☒ Lendenwirbelsäule (LWS) ☐ Halswirbelsäule (HWS) ☒ Untere Extremitäten (UEX) ☐ Obere Extremitäten (OEX) ☐ ganzer Körper (SYS)
☐ ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
☐ nein	

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“	Unter einem Sturz versteht das BRH ein unfreiwilliges und/oder unkontrolliertes zu Boden sinken oder fallen. Als Mass gilt die Sturzrate pro1000 Behandlungstage (Schwendimann, R. et al., 2006).
---	---

Messung im Berichtsjahr 2009				
Spitalgruppen: an welchen Standorten?				
Gemessene Abteilungen:	alle			
Ergebnis gesamt:	3.03	Anteil mit Behandlungsfolgen:	36.5%	Anteil ohne Behandlungsfolgen: 63.5%
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:	starke Anlehnung an die Empfehlungen der Patientensicherheit Schweiz
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		
Gemessene Abteilungen:	alle	Ergebnis gesamt: 6 (Anzahl)
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ 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	Im Haus ist eine Wundexpertin eingesetzt, die komplexe Wundsituationen begleitet. Ansonsten wird entsprechend dem aktuellsten Wissenstand eine bedarfsgerechte Pflege umgesetzt. Anhand des aktuellen wissenschaftlichen Standes werden die Dekubiti mit einem standardisierten Instrument neu erfasst.				

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:	
☐ 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	☐ Richtlinien bestehen.	☐ Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema	Funktionale Selbständigkeit mittels FIM (Functional Independence Measure)
-----------	--

Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?

Gemessene Abteilungen:	Muskuloskelettale Rehabilitation	Ergebnis:	Signifikante Verbesserung der funktionalen Selbständigkeit während des Reha-Aufenthaltes: Motorischer Bereich: $F_{(1,668)} = 1487.65, p < .001$ Starker Effekt mit $f = 1.5$ Kognitiver Bereich: $F_{(1,669)} = 61.99, p > .001$ Mittlerer Effekt mit $f = 0.3$
------------------------	----------------------------------	-----------	--

- ☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:	
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

Messthema	Erfassung von Schmerz und funktionelle Kapazität von Patienten mit ADL-Problemen Untere Extremität mittels WOMAC
-----------	---

Messung im Berichtsjahr 2009

Spitalgruppen: an welchen Standorten?

Gemessene Abteilungen:	Muskuloskelettale Rehabilitation	Ergebnis:	Signifikante Verbesserung während des Reha-Aufenthaltes in beiden Bereichen: WOMAC_Schmerz: $F_{(1,157)} = 104.06, p < .001$ Starker Effekt mit $f = 0.81$ WOMAC_Körperl. Tätigkeit: $F_{(1,157)} = 140.129, p < .001$ Starker Effekt mit $f = 0.94$
------------------------	----------------------------------	-----------	--

- ☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Messthema	Mobilität mittels Timed Up and Go (TUG)		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Alle Abteilungen (Ergebnis muskuloskelettale Reha)	Ergebnis:	Signifikante Leistungsverbesserung während des Reha-Aufenthaltes: $F_{(1, 529)} = 242.7, p < .001$ Starker Effekt mit $f = 0.67$
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Messthema	Fahrrad-Ergometrie misst die Leistungsfähigkeit in Watt		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	kardiale Rehabilitation siehe Angaben auf unserer Homepage http://www.rehabern.ch	Ergebnis:	Die Leistungszunahme beträgt je nach zu Grund liegender Erkrankung ca. 40%
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Messthema	6-Minuten-Gehtest zur Erfassung der Leistungsfähigkeit unterhalb der anaeroben Schwelle		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	alle Abteilungen (Ergebnis der Kardiologie) siehe Angaben auf unserer Homepage http://www.rehabern.ch	Ergebnis:	Die Leistungszunahme beträgt je nach zu Grund liegender Erkrankung ca. 80%
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Messthema	Erfassen von Dyspnoe, Müdigkeit, Gefühlslage und Lebensbewältigung mittels CRQ (Chronic Respiratory Questionnaire)		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Pulmonale Rehabilitation	Ergebnis:	--
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Messthema	Krankheitsbezogene Scores Ärzte, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie entsprechend Indikation und Befundkonstellation. Organ- und Funktionsspezifische Assessments entsprechend individueller Funktions-, Aktivitäts- und Partizipationsdefiziten, Erfassung des Zielerreichungsgrades nach Denkschema ICF (z. B. Flexion/Extension bei Knie-TP, Systematisches Schmerzassessment, Nutritional Risk Score, Tinetti, freie Gehstrecke, SF-36, NASS, Goniometer, Albumine, Hämoglobine, CRP, BODE-Index, Raucherstatus, CRQ, HADS, CAT, Resp. Polygraphie, Ergometrie, Lungenfunktionsparameter, Blutdruck, Treppenstufen, Wundverhältnisse, mMRC, Kapnographie, Auswurfraction, Lipidwerte, Triglyceride, Herzrate, Cholesterin, NYHA, Fall Assessment Questionnaire, Mini Mental State Test, Geriatriische Depressionsskala, Outcome betr. Entlassungsmodalität und vieles mehr...)
------------------	---

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	--
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation aller Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

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 letz- ten Rezertifi- zierung	Bemerkungen
Gesamtklinik	ISO 9001	1999	2008	laufende Überprüfung aller Bereiche im Rahmen eines Total Quality Managements (TQM)
Gesamtklinik	Q-Label Stufe I	2006	2010	Die Stufe I des Q-Labels konzentriert sich auf die Qualitätsentwicklung und widmet sich insbesondere der Servicequalität. Sie wirkt primär nach innen und motiviert die Mitarbeitenden. Die Gäste erkennen so die Qualität nicht nur am Gütesiegel sondern erfahren sie direkt über bessere Dienstleistungen.

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Gesamtklinik	AQM-Sitzungen	Die Arbeitsgruppe für Qualitätsmanagement (AQM) hat sich zum Ziel gesetzt, den Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen über das Qualitätsmanagement zu fördern und Projekte zur Qualitätssicherung anzuschieben und zu koordinieren.	laufend
Gesamtklinik	internes Audit	Feststellung der Zertifizierungsfähigkeit	jährlich
Gesamtklinik	externes Audit	Kontrollaudit mit Prüfung der Dokumente und der Erfüllung des zu zertifizierenden Regelwerks anhand eines Fragenkatalogs.	jährlich
Gesamtklinik	Management von Unregelmässigkeiten	Identifizieren der Ursachen und Einleiten notwendiger Sofortmassnahmen zur Schadensbegrenzung unter Beizug der zuständigen Fachleute.	laufend

Gesamtklinik	Zufriedenheitsmessungen	Es soll die Zufriedenheit der Befragten und damit die Stärken und Schwächen der Klinik erfasst und Aktionspläne zur permanenten Verbesserung erarbeitet und umgesetzt werden.	laufend
Gesamtklinik	Kontrolle der TQM-Dokumente	Aktuellhalten der TQM-Dokumente	laufend
Gesamtklinik	Arbeitsgruppen	Erarbeiten von Lösungsvorschlägen und Aktionsplänen bei Qualitätsdefiziten in allen Bereichen	laufend
Gesamtklinik	Arbeitsgruppen	Bearbeiten von Lücken in der Dienstleistungsqualität (Q-Label-Programm)	jährlich
Gesamtklinik	Hygieneschulungen	Alle neuen Mitarbeiter BRH kennen die Hygienevorgaben BRH Alle Mitarbeiter in den verschiedenen Bereichen werden in der Händehygiene laufend kontrolliert und geschult.	laufend
Gesamtklinik	Systematische Kontrollen von verschiedenen Apparaturen, Geräte usw. (z. B. Waage, BD-Aparate, Absauggeräte usw.)	Der SiBe (Sicherheitsbeauftragte) überprüft Gerätschaften nach dem Prinzip des VFM	Nach bestimmten Zyklen (B. Stalder fragen)
Gesamtklinik	Hygieneschulungen	Alle neuen Mitarbeitenden BRH kennen die Hygienevorgaben des BRH's. Alle Mitarbeiter in den verschiedenen Bereichen werden in der Händehygiene laufend kontrolliert und geschult.	laufend
Medizin	Guidelines / Best Evidence / Normen nach Vorgaben diverser Fachgesellschaften (SAKR, SGR, SGPMR, SGP)	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz	jährlich
Medizin	Outcome-Messungen	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz, Benchmark	laufend
Medizin	Systematische Kontrolle der Berichterstattung	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz	laufend
Medizin	Bedside Kontrollen durch die Kaderärzte bei jedem Patienten unabhängig von der Versicherungsklasse	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz	laufend
Medizin	Weiterbildungsüberwachung der Assistenzärzte gemäss FMH-feed-back	Hohe Qualität der Weiterbildung für Assistenzärztinnen und -ärzte	laufend
Medizin	Weiterbildungsanerkennung für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte: Richtlinien der Fachgesellschaften (Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation)	Hohe Qualität der Weiterbildung für Assistenzärztinnen und -ärzte	letzte Auditierung und Rezertifizierung 2008
Medizin	Qualitätsrichtlinien Swiss Reha	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz	In Betrieb seit 2007

Medizin	Komplikationsstatistik	Verhindern von Komplikationen	jährlich
Pflege	Kritische Ereignisse	Lernen aus kritischen Zwischenfällen	laufend
Pflege	Sturzmonitoring	Massnahmen zur Sturzverhinderung einleiten	laufend
Pflege	Dekubitusmonitoring	Massnahmen zur Verhinderung von Dekubitus	laufend
Pflege	Qualitätszirkel	Qualitätssicherung und -verbesserung innerhalb von verschiedenen definierten Fach- oder Themenbereiche	laufend
Pflege	Fortbildungen	Bedarfsgerechtes Fortbildungsprogramm für Pflegepersonal inkl. Lernende. Inhalte: Fachkompetenz, Sozial- und Methodenkompetenz Auswertung der Fortbildungsveranstaltungen anhand standardisierter Fragebögen.	wöchentlich
Pflege	BZ-Messgeräte	Interne Kontrollen Externe Kontrollen	Alle 14 Tage 1 x jährlich
Pflege	Prozessoptimierung	Systematische Erfassung und genaue Abklärung komplexer Patienteneintritte mit der zuweisenden Stelle. Ziel: Kontinuität der Pflege beim Übertritt best möglichst zu gewährleisten.	Tgl.
Pflege	Fallbesprechungen	Regelmässige Fallbesprechungen mit dem Ziel der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung bei komplexen Pflegesituationen und einer einheitlichen Abstimmung der best möglichen Pflege	Bei Bedarf
Pflege	Coaching von Pflegefachpersonen	Unterstützung und Coaching der Pflegepraxis durch Experten.	Bei Bedarf
Pflege	Zufriedenheitsmessungen	Patienten werden stichprobenartig von Führungspersonen aus der Pflege besucht und systematisch nach ihrer Zufriedenheit befragt (prophylaktisches Beschwerdemanagement)	Stichproben
Therapie	Guidlines / Best Evidence/ Normen nach Vorgaben diverser Fachverbände (SAKR, SVOMP, IGPTR)	Hohe Qualität der therapeutischen Fachkompetenz	laufend
Therapie	Konsequentes Einhalten der postoperativen Nachbehandlungsschemata	Hohe Behandlungsqualität und Verhindern von Komplikationen	laufend
Therapie	Supervision durch Fachverantwortliche / Vorgesetzte	Hohe Behandlungsqualität und Verhindern von Komplikationen	laufend
Therapie	Qualitätszirkel	Hohe Qualität der therapeutischen Fachkompetenz	laufend

Therapie	Kontrolle der elektronischen Terminplanung	Durch eine optimale Verteilung, Dauer und Frequenz der Therapietermine wird ein patientenorientiertes Therapieprogramm sichergestellt.	laufend
Therapie	Arbeitsgruppe Q-Label	Verbesserung und Sicherung der Dienstleistungsqualität	laufend
Therapie	Wartung der Messinstrumente und Trainingsinstrumente	Konstante Qualität der Mess- und Übungsinstrumente	laufend
Therapie	Interne Fortbildung	Eichung der Durchführung der Techniken und Assessments, z. B. Sicherstellung des korrekten Transfers bei muskuloskelettalen Patienten	laufend
Therapie	Intradisziplinäre Fortbildung	Hohe Qualität der therapeutischen Fachkompetenz	jährlich
Bettendisposition	Patientenradar	Erfassen der Patientendaten anhand der Einweisungszeugnisse. Begründung der Aufgebotsdaten, Verschiebungen und Annullationen. Kontrolle auf Vollständigkeit	täglich monatlich
Sterilisation	Kontrollen des Sterilisators	Kontrollen durch Bowie dick (Teststreifen) Externe Revalidation	Täglich Alle 2 Jahre
Sterilisation	HAMO-Maschine (spez. Abwaschmaschine)	Kontrollen SFT LOAD Check für RDG HAMO LS2000	wöchentlich
Röntgen	Prüfung Röntgenanlage	Zustandsprüfung mit Meldung ans BAG	2007
Röntgen	Prüfung Röntgenanlage	Jährliche Konstanzprüfung	2009
Röntgen	Prüfung Entwicklungsmaschine	Prüfung der Entwicklungsmaschine nach Schema AGFA entsprechend den Normen des BAG	2009
Röntgen	Prüfung Röntgenzubehör	Nach Vorgaben des BAG	2009
Technischer Dienst	Software VFM (Loy & Hutz)	Professionelle Abwicklung von Sekundärprozessen	laufend
Technischer Dienst	EKAS	Gewährleistung der Arbeitsplatzsicherheit	laufend
Technischer Dienst	SEV	Regelmässige Kontrolle von Elektroinstallationen	laufend
Technischer Dienst	Prüfung H ₂ O-Qualität gemäss Standards	Qualitätssicherung H ₂ O	laufend
Gesamtklinik	Kalibrierung der diagnostischen und therapeutischen Geräte nach Vorschrift und Anweisungen des Herstellers	Sicherstellung der hohen Qualität diagnostischer und therapeutischer Geräte	jährlich
Transportdienst	Grundkurs für Transporthelfer	Schulung von Transporthelfern gemäss GEF-Standards	
Küche/Restaurant	Lebensmittelkontrolle	Schutz vor Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen, welche die Gesundheit gefährden können; hygienischer Umgang mit Lebensmitteln.	laufend
Labor	Supervision durch FAMH externes Labor	Qualitätssicherung im Labor	2 x jährlich

Labor	Teilnahme an externem Ringversuch CSCQ	Qualitätssicherung im Labor	4 – 6 x jährlich
Labor	Interne Parameterkontrollen und Gerätekontrollen	Qualitätssicherung im Labor	täglich
Finanz- und Rechnungswesen	Internes Kontrollsystem (IKS)	Sicherstellung der korrekten Geldflüsse	laufend
Finanz- und Rechnungswesen	Revisionen	Finanzkontrolle	jährlich
Finanz- und Rechnungswesen	Quartalsgespräche mit Kostenstellenleitern	Qualitätssicherung Finanz- und Rechnungswesen	4x jährlich
Funktionsdiagnostik	Wartungen der Messinstrumente	Qualitätssicherung Funktionsdiagnostik	laufend
Funktionsdiagnostik	Kontrolle des Defibrillators	Wartung	täglich
Funktionsdiagnostik	Kalibrierung grosse Lungenfunktion	Qualitätssicherung Lungenfunktionsdiagnostik	2x täglich laufend
Gesamtklinik	Temperaturkontrolle von Kühlschrank, Tiefkühler, Wärmeschrank	Qualitätssicherung Funktionsdiagnostik	täglich
Funktionsdiagnostik	Reinigung und Kontrolle des Exp. –Datum bei Allergenen und Medikamenten	Qualitätssicherung Funktionsdiagnostik	monatlich
Funktionsdiagnostik	Externe Qualitätskontrolle mittels Kontroll-Lösung	Qualitätssicherung Funktionsdiagnostik	4x jährlich
Apotheke	Neuaufgabe Arzneimittelliste	Anpassungen ans Arzneimittelsortiment BRH	Beendet Nov. 2009
Apotheke	Bewirtschaftung der Abteilungsapotheken durch Pharma-Assistentinnen	Straffung der Medikamentenlagerbestände auf den Abteilungen, Entlastung der Pflegenden von der Medikamentenlogistik	Beendet Februar 2010
Apotheke	Neuaufgabe Arbeitsanweisung „Antinfektiva zur systemischen Anwendung“	Anwendungsangaben für Pflegende	Beendet Mai 2009
Apotheke	Aufbau QMS Apotheke	Aktuelles QMS	In Arbeit
Apotheke	Arzneimittelinformationen, Mitteilungen Sortimentsänderungen	Information für MedikamentenanwenderInnen, Erhöhung der Arzneimittelsicherheit	laufend, je nach Bedarf
Apotheke	Mitarbeit im QZ Medikamentenmanagement (Apothekerin)	Erhöhung der Arzneimittelsicherheit	laufend

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

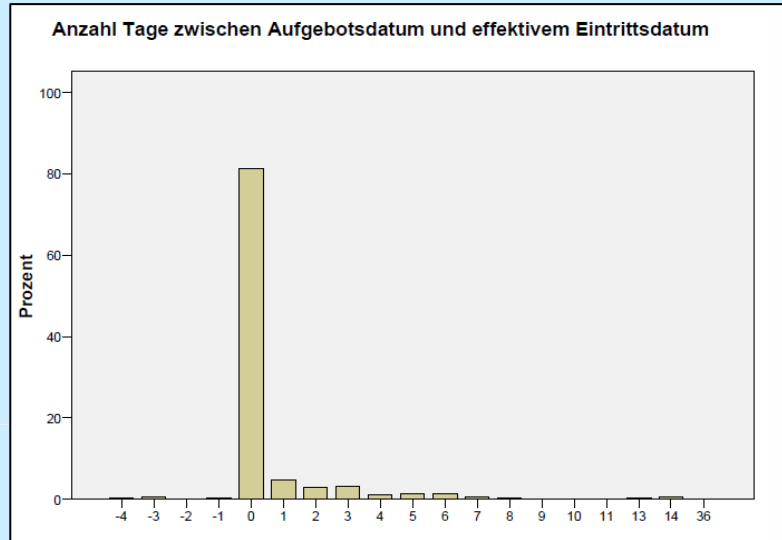
Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Gesamtklinik	KISplus	Erwerb eines Klinikinformationssystems mit dem Ziel den Dokumentations- und Informationsfluss in der Klinik zu verbessern.	seit 2009
Gesamtklinik	Patientenradar	Erfassen aller Anmeldungen und Auswerten diverser Mutationen	2009/2010
Muskuloskelettale Rehabilitation	KIQ-Projekt	Outcome-Messung muskuloskelettale Rehabilitation	2007 - 2009
Kardiale Rehabilitation	KIQ/AnQ	Erarbeiten eines Messprogramms	2008 - 2009
Pflege	Skill- und Grademix	Oberstes Ziel eines optimalen Skill- und Grademix muss sein, die Fachpersonen ihren Kernkompetenzen entsprechend präzise einzusetzen	seit 2009
Gesamtklinik (insbesondere Infrastruktur und Pflege)	Rezertifizierung Q-Label (für die Jahre 2010 – 2013)	Kontinuierliche Verbesserung der Dienstleistungs- und Servicequalität	2010

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitel	Patientenradar	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Einführung eines Patientenradars	
Beschreibung	Durch kontinuierliche Erfassung von Daten rund um das Anmelde- und Aufnahmeprozedere sollen folgende Ziele erreicht werden: • Informationsgewinn über den Verlauf aller angemeldeten Patienten • Schwachstellen im Anmeldeprozess identifizieren • Durchleuchten diverser Mechanismen, weshalb es zu Verzögerungen bzw. zu keinem Eintritt gekommen ist. • Erstellen eines Steuerungs- und Kontrollinstruments zur optimalen Aufnahmestrategie	
Projektablauf / Methodik	---	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Bettendisposition, Medizincontrolling	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Gemeinhin wird unter dem Begriff „Radar“ ein Erkennungs- und Ortungsverfahren, insbesondere in der Aviatik, verstanden. Analog wurde dem seit Anfang Jahr im Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi eingesetzten Instrument zur Erfassung aller Patientenmeldungen mit genauer Beobachtung sämtlicher Bewegungen und Mutationen im Zuweisungsprozess, der Name „Patienten-Radar“ verliehen. Eine erste Datenauswertung konnte durchgeführt werden. Die Resultate sind für alle am Zuweisungsprozess beteiligten Akteure interessant und geben wichtige Anhaltspunkte für einen akkuraten und reibungslosen Übertritt des Patienten in die stationäre Rehabilitation. Von Jahresbeginn bis Ende Mai 2010 wurden dem Berner Reha Zentrum 910 Patienten angemeldet, davon wurden 807 aufgeboten. Das BRH konnte den grössten Teil aller aufgebotenen Patienten zum vermerkten Wunschdatum einplanen, bei 15 Prozent ergab sich eine Verzögerung um einen Tag. Abweichungen zwischen Wunsch- und Aufgebotsdatum entstanden vorwiegend aus Kapazitätsgründen (z. B. keine linienspezifischen Betten). Es muss jedoch konstatiert werden, dass jede zwölfte angemeldete Person nicht zum Wunscheintrittsdatum aufgeboten werden konnte, weil die Kostengutsprache noch ausstand. Verzögerungen beim Übertritt ergaben sich auch infolge externer Ursachen, welche überwiegend Abweichungen zwischen Aufgebotsdatum und effektivem Eintrittsdatum bewirkten. Als Hauptgrund kann die Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Patienten aufgeführt werden. Die externen Ursachen hatten zur Folge, dass es öfters zu Verschiebungen des effektiven Eintrittsdatums kam (siehe Abb.). Auch hier konnte der Patientenradar Klarheit darüber schaffen, bei wie vielen Patienten Verzögerungen auftraten und mit welchen zuweisenden Institutionen wir diesbezüglich zukünftig eine engere Zusammenarbeit anstreben. 18 Prozent aller Anmeldungen wurden von den zuweisenden Instanzen wieder annulliert, dies unter anderem weil die Kostengutsprache abgelehnt wurde. Der Patientenradar erlaubte uns durch eine gezielte Aufbereitung der erfassten Daten eine präzise Analyse auf Garantenebene durchzuführen. Relevante Ergebnisse können nun so anhand konkreter Zahlen direkt mit den jeweiligen Krankenkassen besprochen werden. Diese erste Datenauswertung qualifiziert den Patienten-Radar klar als brauchbares Führungs- und Managementinstrument. Sie unterstreicht die Notwendigkeit eines solchen Mediums zur Gewährleistung eines hohen Qualitätsstandards im Zuweisungsprozess.	





Das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi setzt alles daran, damit sich die Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthaltes rundum wohlfühlen. Deshalb ist es uns ein Anliegen die Qualitätsstandards auf diesem hohen Niveau beizubehalten und auch künftig für eine erstklassige Rehabilitation zu sorgen.



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 **Akutsomatik, 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 Spitälern im Kanton **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_gabe



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



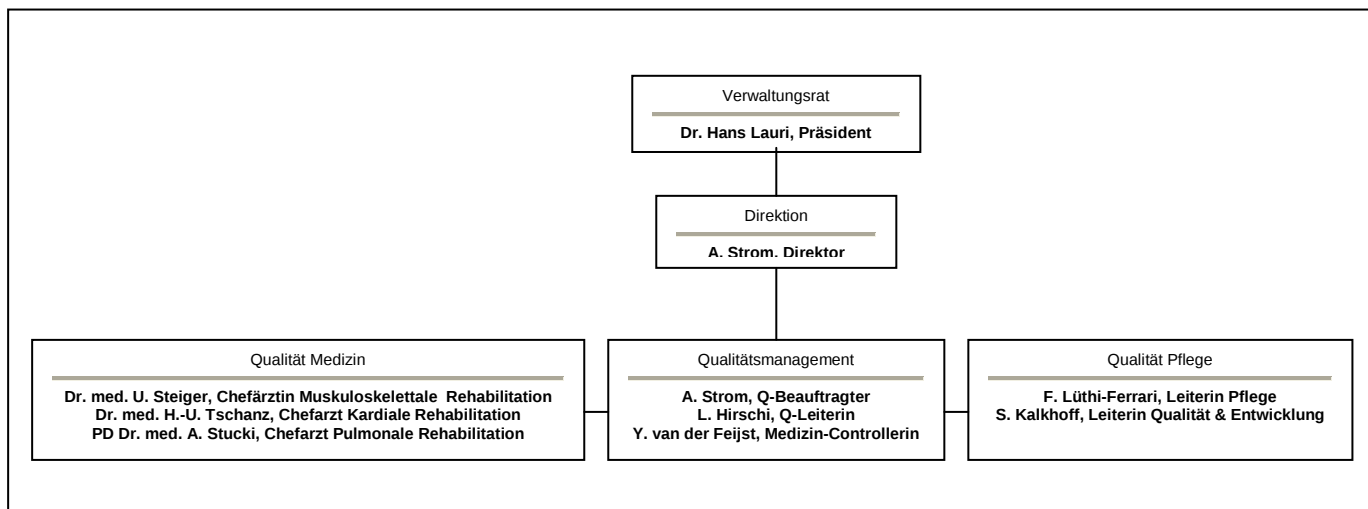
Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch



Anhänge

Organigramm Qualitätsmanagement



Leitbild Berner Reha Zentrum

Mit Fachkompetenz in den Bereichen Medizin, Therapie und Pflege bieten wir unseren Patienten Leistungen an, die eine situationsgerechte Wiedereingliederung in den Alltag ermöglichen, dabei sind wir ein aktives Glied in der Versorgungskette des öffentlichen Gesundheitssystems. Wir erhalten und fördern die Autonomie des Patienten und beziehen ihn und seine Angehörigen in die Rehabilitationsplanung mit ein.

Unser Spital zeichnet sich aus durch moderne Strukturen. Wir begegnen unseren Mitmenschen mit Freundlichkeit und Wertschätzung. Aufbauend auf unseren Wurzeln sind wir gegenüber den Anforderungen der Zukunft offen, wandlungsfähig und innovativ.

Unsere gemeinsamen Ziele sind klar formuliert und transparent. Wir streben einen kooperativen Führungsstil an, der es den Mitarbeitenden ermöglicht, eigene Ideen einzubringen. Wir sind offen für neue Arbeitsmethoden und Entwicklungen.

Gegenseitiger Respekt, Toleranz und Vertrauen prägen unsere interdisziplinäre Zusammenarbeit. Wir bieten attraktive Lernfelder an und unterstützen die stetige Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden ist uns wichtig.

Unser Leistungsangebot erbringen wir zielorientiert unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit und Effektivität. Wir pflegen einen sorgfältigen Umgang mit den Ressourcen und der Umwelt.

Qualität ist uns ein zentrales Anliegen, welche wir mit geeigneten Massnahmen kontinuierlich weiterentwickeln und sichern.

In der vernetzten Gesundheitsversorgung kennt man uns als glaubwürdigen und verlässlichen Partner. In der Öffentlichkeit sind wir präsent.

Mit dem RundUmWeg Gesundheit erleben

So schön die Aussicht in Heiligenschwendi auf den Thunersee und den Niesen ist, und so fest die schöne Natur der Umgebung zu Wanderungen einlädt: Viele Patienten haben nicht die Möglichkeit, diese Landschaft tiefer gehend zu geniessen. Rund um die Klinik ist deshalb ein attraktiver Rundweg am Entstehen. Der rollstuhlgängige Weg ist ein Kilometer lang und vermittelt nicht nur Natur pur, sondern dient vor allem als nachhaltiger Begegnungsraum für Patienten und Besucher. Das Berner Reha Zentrum will neben der medizinischen Betreuung auch das geistige Wohlbefinden fördern.

Das Thema des Rundumweges sind die vier Elemente: Luft, Erde, Wasser und Feuer. An ausgesuchten Plätzen entstehen thematische Stationen, die als Orte zum Verweilen, Geniessen, Meditieren, Kommunizieren, Nachdenken und Lernen dienen. Patienten wird dort draussen in der Natur Gelegenheit geboten, die Rehabilitation erlebnisreich und geistig anregend zu gestalten.