



Berner Reha Zentrum
Heiligenschwendi



BERNER REHA ZENTRUM HEILIGENSCHWENDI
3625 Heiligenschwendi



Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

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 Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: **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: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011.....	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	3
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	4
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	6
	C1 Angebotsübersicht.....	6
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	7
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	7
	C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	8
	C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	9
	C4-4 Personelle Ressourcen	9
D	Qualitätsmessungen	10
	D1 Zufriedenheitsmessungen	10
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	10
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	12
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	13
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	14
	D2 ANQ-Indikatoren.....	15
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	15
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	15
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	16
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	16
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	17
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	18
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	18
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	19
	D3-6 Weiteres Messthema	20
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	22
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	23
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	23
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	24
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	29
F	Schlusswort und Ausblick	30
G	Anhänge.....	31

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.

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 125-128 betriebenen Betten werden jährlich rund 2135 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 315 Mitarbeitende aufgeteilt sind. Davon werden 14 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 2010 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.

Die Spitäler im Kanton Bern veröffentlichen seit dem Jahr 2008 ihre Qualitätsberichte auf einer gemeinsamen erstellten QABE Grundlage. Informationen hierzu finden Sie auf folgender Webseite

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>

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

- ANQ² Muskuloskelettal: Weiterführung der internen Messungen und gegebenenfalls Wiedereinstieg ins ANQ-Projekt
- Outcome-Messung Kardiologie: Weiterführung der internen Messungen
- Outcome-Messung Pneumologie: Weiterführung der internen Messungen
- Risikomanagement: Massnahmenplan erarbeiten und umsetzen
- Anpassung des Weiterbildungs-Programms an die neuen FMH-Vorgaben
- Weiterführen des Projekts Skill and Grade Mix in der Pflege
- Evaluieren und Einführen des elektronischen CIRS
- Erstellen von Prospekten je Kompetenzlinie
- Die AQM (Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement) übernimmt die Führung über alle Qualitätsprojekte, insbesondere werden die Umsetzungsarbeiten aus der Analyse der Pickerstudie weitergeführt.

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 Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ ist aus der Zusammenlegung der nationalen Gesellschaft KIQ und des Interkantonalen Vereins für Qualitätssicherung und -förderung IVQ entstanden.

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011**Einführung eines Klinikinformationssystems**

Erfolgreiche Implementierung eines flächendeckenden Klinikinformationssystems (KIS) ohne Einbussen der Qualität insbesondere im Medikationsprozess. Eine sorgfältige Begleitung in den ersten Wochen nach Produktivstart sowie stetiger Informationsaustausch untereinander sowie extern zu den KIS-Software-Anbietern gewährleisteten die Erhaltung der Qualität in allen Bereichen. Extra ernannte und geschulte Power-User unterstützten das Personal vor Ort.

Im aktuellen Klinikalltag erweitert sich der Inhalt der Krankengeschichte unablässig. Das KIS stellt als zentrale Datenbank betriebsweit aktuelle Befunde, Diagnosen, Therapieverläufe und das Kurvenblatt auf Knopfdruck sofort zur Verfügung. Rasch verschaffen sich die jeweiligen Berufsgruppen ein komplettes Bild über den Patienten. Dies erleichtert Therapie, Behandlung und Pflege, reduziert den Verwaltungsaufwand und trägt dazu bei, die Versorgung der Patienten auf hohem Niveau sicherzustellen.

Multidimensionale Ergebnisdokumentation in allen Fachbereichen (Muskuloskelettale, Kardiale, Pulmonale, Geriatriische Rehabilitation)

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. Im Bereich der pulmonalen Rehabilitation können darüber hinaus daraus Surrogate in Form von Berichten definiert werden, die der weiterbehandelnden Instanz einen Überblick zum aktuellen Zustand des Patienten gestattet.

Projekt Skill and 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 gleich gut und kostengünstiger von anderen Berufsgruppen übernommen werden?“.

In der ersten Jahreshälfte 2011 konnte das Skill- und Grademix-Projekt auf vier Abteilungen weitergeführt und auf zwei abgeschlossen werden. Aufgrund der Einführung KIS und der nicht ersetzten Stelle der Qualitätsbeauftragten, wurde das Projekt in der zweiten Jahreshälfte sistiert. Auf den Abteilungen wurde eine IST-SOLL-Analyse durchgeführt und entsprechend Änderungen am Stellenplan oder der Tagesstruktur vorgenommen. Als Grundlage für die Berechnungen dienten die stationsbezogen erhobenen fünf häufigsten Pflegediagnosen und die 20 Arbeitsaufgaben.

Rezertifizierung ISO 9001:2008

Im Mai 2011 hat das BRH die Anforderungen der Qualitätsmanagementnorm ISO 9001:2008 und die Zertifizierung ohne Auflagen für weitere drei Jahre erhalten. Zuvor haben wir diverse Personalschulungen zum Thema Sicherheit und Brandschutz durchgeführt. Verschiedene sicherheitsrelevante Massnahmen wurden getroffen und umgesetzt. Um den Schwierigkeitsgrad zu erhöhen und die jährliche Routine des immer gleichen Audits zu unterbrechen, haben wir uns dazu entschlossen, die Zertifizierungsstelle zu wechseln und erstmals mit der Schweizerischen Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme (SQS) zusammenzuarbeiten, welche die Rezertifizierung vorgenommen hat.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

- Outcome-Messungen in allen Fachbereichen mit hoher Datenqualität
- Umsetzung des Massnahmeplans im Risikomanagement
- Anpassung des Weiterbildungs-Programms an die neuen FMH-Vorgaben
- Weiterführen des Projekts Skill and Grade Mix in der Pflege
- Erstellen eines CIRS-Konzepts und Einkauf einer geeigneten CIRS-Software
- Erstellen von Prospekten je Kompetenzlinie
- Die AQM (Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement) übernimmt die Führung über alle Qualitätsprojekte.
- Die Umsetzungsarbeiten aus der Analyse der Pickerstudie sind weitgehend durchgeführt.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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. Im Berichtsjahr 2011 konnte ein hauseigenes CIRS-Konzept fertig gestellt wer-

den (Festlegen der CIRS-Verantwortlichen, Schulungen, CIRS-Besprechungen, Meldeinhalte etc.), was nun den Weg frei macht für die Produktivschaltung der entsprechenden Software.

Teilnahme am Nationalen Qualitätsvertrag (Parteien: H+, GDK, santésuisse und eidg. Sozialversicherer)

Mit Unterzeichnung des Nationalen Qualitätsvertrages verpflichtet sich das BRH, die nationalen Qualitätsmessungen gemäss den Vorgaben des ANQ fristgerecht umzusetzen. Die Vorgabe der Messstrategie für national koordinierte Messungen ergebnisrelevanter Qualitätsindikatoren obliegt dem ANQ. 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

Zufriedenheitsmessungen

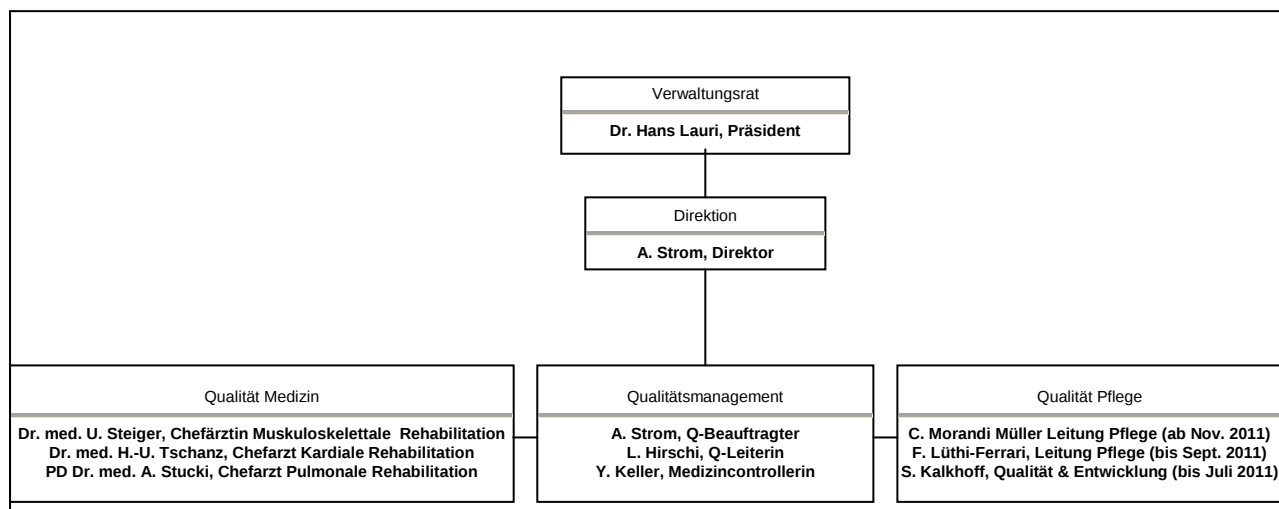
In den kommenden Jahren sind weiterhin kontinuierliche Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheitsmessungen, sowohl intern wie auch extern geplant.

Infrastruktur

Einen Schwerpunkt stellte die Sanierung und die Abnahme der Westklinik dar. Bereits vor der nun bevorstehenden Sanierung der Hauptklinik wurden 2011 in der Küche die dampfbetriebenen Geräte wie Kombiteamer, Kippbratpfannen oder Kaffee- und Milchkocher mit grossem Aufwand durch elektrisch betriebene Geräte ersetzt.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Organigramm Qualitätsmanagement



☐	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:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt Stellenprozente zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Armin Strom	033 244 33 00	a.strom@rehabern.ch	Qualitätsverantwortlicher, Direktor
Lilo Hirschi	033 244 33 01	l.hirschi@rehabern.ch	Q-Leitung, Direktionsassistentin

Dr. med. U. Steiger	033 244 33 88	u.steiger@rehabern.ch	Q-Verantwortliche, Chefärztin
Anne-Käthi Sherry	033 244 33 84	a.sherry@rehabern.ch	Q-Verantwortliche, Leitung ärztliches Sekretariat
F. Lüthi-Ferrari C. Morandi Müller	033 244 33 97	c.morandi@rehabern.ch	Q-Verantwortliche, Leitung Pflegedienst
Sabine Kalkhoff			Q-Verantwortliche, Leitung Qualität und Entwicklung Pflege bis Juli '11
Dieter Steiner	033 244 34 02	d.steiner@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 Keller	033 244 33 28	y.keller@rehabern.ch	Q-Verantwortliche, Medizincontrolling

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi

→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☒ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)	Ja
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen, Facharzt Rheumatologie)	Ja
☒ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Ja

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Ja
Ergotherapie	Ja
Ernährungsberatung	Ja
Logopädie	Ja
Physiotherapie	Ja
Psychologie	Ja

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

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

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

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

Angebotene ambulante Fachbereiche	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Internistische Rehabilitation	152	2914
Kardiale Rehabilitation	655	12708
Muskuloskelettale Rehabilitation	828	17548
Pulmonale Rehabilitation	500	9393

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

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

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
Spital Thun, Krankenhausstrasse 12, 3600 Thun	Intensivstation in akutsomatischem Spital	9 km
Spital Thun, Krankenhausstrasse 12,	Notfall in akutsomatischem Spital	9 km
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet	
Spital Thun	Dialyse u.a.	

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

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

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

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

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

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation/Rheumatologie	☒ ja
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	☒ ja
Facharzt Kardiologie Rehabilitation	☒ ja
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	☒ ja

Diplomierte, rehaspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation	74	53.3

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		Begründung:
☒	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	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:
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb	--	• 186 mit positiven Rückmeldungen • 76 mit Hinweisen • 19 mit gering negativen Rückmeldungen • 4 mit kritisch negativen Rückmeldungen ➔ Aus 12 Fragebögen wurden entsprechende Massnahmen abgeleitet	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐ Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument		
☐ Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
☐ PEQ			
☐ MüPF(-27)			
☐ POC(-18)			
☐ PZ Benchmark			
☒ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		Patientenzufriedenheitsbogen: „Ihre Meinung ist uns wichtig“ <u>Patienten</u> 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.	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patientinnen und Patienten auf freiwilliger Basis		
	Ausschlusskriterien	keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		196		
Rücklauf in Prozenten		--	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein ☐ Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
☒	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		Begründung:
☒	Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	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:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	--	12 mit positiven Rückmeldungen 6 mit Hinweisen 4 mit gering negativen Rückmeldungen 0 mit kritisch negativen Rückmeldungen → Aus einem Fragebogen wurden entsprechende Massnahmen abgeleitet
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
☐	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes: Name des Messinstitutes:
☒	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes	Patientenzufriedenheitsbogen: „Ihre Meinung ist uns wichtig“ Patienten und/oder <u>Angehörige</u> 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.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien	alle Angehörigen auf freiwilliger Basis		
	Ausschlusskriterien	keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	14			
Rücklauf in Prozenten	--	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?			
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.		Begründung:
☒	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☒	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:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	----	qualitative Analyse und Bearbeitung der internen Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung im Rahmen der regelmässig stattfindenden Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement (AQM/AQS) ¹
	3.1 (Mittelwert)	quantitative Messung im Rahmen der Einführungsvorbereitungen KIS. 4-stufige Antwortskala: 1= überhaupt nicht zufrieden; 2=eher nicht zufrieden; 3=eher zufrieden; 4= ausserordentlich zufrieden ²
Ärztlicher Dienst	5.1 (Ø aller Weiterbildungsstätten = 5.2)	Umfrage Weiterbildungsqualität – jährliche Qualitätsrückmeldung durch Assistenzärztinnen und Assistenzärzte. Der Ergebniswert bezeugt eine überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte im BRH(1= ungenügend, 6 = sehr gut)

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☒	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	¹„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 ²Mitarbeiterbefragung BRH - 2011 Die Mitarbeiter des medizinischen und therapeutischen Personals wurden hinsichtlich der Qualität von Prozessabläufen, interdisziplinärer Zusammenarbeit und allg. Arbeitszufriedenheit befragt. Die Befragung fand anonymisiert statt.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Mitarbeiter des Berner Reha Zentrums Heiligerschwendi		
	Ausschlusskriterien	selbsterklärend		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	² n= 21			
Rücklauf in Prozenten	--	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?		
☒	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.	Begründung:

D2 ANQ-Indikatoren

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

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

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

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikatormessungen empfohlen.

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

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

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

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?

☒ **Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.

Begründung:

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

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

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?

☒ **Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.

Begründung:

☐ In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?	
☒ Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung:
☐ In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)	

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 Patienten¹, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Stürze

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

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
☒ Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung: siehe D3-2

Dekubitus (Wundliegen)

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

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

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
☒ Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung: siehe D3-3

¹ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

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

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	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).

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 Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
175 (4.11**)	13	162	--
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
☒ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit
Präventive/reaktive Massnahmen bei Sturz	Prävention/Reaktion	Gesamtklinik	laufend

D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Patienten mit Dekubitalgeschwür Grad 1 bis Grad 4		
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 vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung		Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
26		6	--
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent
Bemerkung			
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit
Dekubitusprophylaxe	Verhinderung/Heilung von Dekubitus	Pflege / ärztlicher Dienst	laufend

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	FIM (Functional Independence Measure)
Was wird gemessen?	Funktionale Selbständigkeit

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:	Muskuloskelettale Rehabilitation

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Motorischer Bereich: $F_{(1,454)} = 880.74, p < .001$ Starker Effekt mit $f = 1.4$ Kognitiver Bereich : $F_{(1, 455)} = 25.7, p < .001$ Mittlerer Effekt mit $f = 0.25$	Signifikante Verbesserung der funktionalen Selbständigkeit während des Reha-Aufenthaltes (unterschiedlich in den einzelnen Indikationsgruppen).
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patienten der Muskuloskelettalen Rehabilitation		
	Ausschlusskriterien	--		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	motorische Items: 455 kognitive Items: 456	Anteil in Prozent	motorische Items: 55% kognitive Items: 55%	

Messthema	Fahrrad-Ergometrie
Was wird gemessen?	Leistungsfähigkeit in Watt

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:	Kardiale Rehabilitation

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Leistung in Watt: $F_{(1, 273)} = 517.4, p < .001$ Starker Effekt mit $f = 1.4$	Signifikante Verbesserung der Leistungsfähigkeit auf dem Ergometrie-Fahrrad (Leistung in Watt) während des Reha-Aufenthaltes.
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patienten der Kardialen Rehabilitation		
	Ausschlusskriterien	--		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	274	Anteil in Prozent	42 %	

Messthema	CAT (COPD Assessment Test)
Was wird gemessen?	Fragebogen zur Messung der Lebensqualität bei COPD Patienten

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:	Pulmonale Rehabilitation

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Lebensqualität: $F_{(1, 143)} = 98.5, p < .001$ Starker Effekt mit $f = 0.8$	Signifikante Verbesserung der berichteten Lebensqualität während des Reha-Aufenthaltes.
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Patienten der Pulmonalen Rehabilitation mit COPD	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	144	Anteil in Prozent	29%

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, WOMAC bei Indikation Untere Extremitäten, Systematisches Schmerzassessment, Nutritional Risk Score, TUG, Tinetti, freie Gehstrecke, Goniometer, Albumine, Hämoglobine, CRP, BODE-Index, Raucherstatus, CRQ, CAT, Resp. Polygraphie, Ergometrie, Lungenfunktionsparameter, Blutdruck, Trep-penstufen, mMRC, Kapnographie, Auswurf-fraktion, Lipidwerte, Triglyceride, Herzrate, Cholesterin, NYHA, Fall Assessment Questionnaire, Mini Mental State Test, Geriatri-sche Depressionsskala, Outcome betr. Entlassungsmodalität und vieles mehr...)
------------------	--

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
--	--
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .	

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 > 1 Jahr B =nein C = geplant, ab 201x	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
SAKR-Datenbank	A: SAKR Schweizerische Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation www.sakr.ch	A	B
Anforderungsprofil SGP	A: SGP Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie www.pneumo.ch	A	B
Bundesamt für Statistik	B: Erfassung der Diagnosen und Behandlungen zur Weiterleitung ans Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	A	A
Swiss Reha	B: Swiss Reha - Die führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz www.swiss-reha.com	A	A
Bemerkung			



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
Gesamtklinik	ISO 9001	1999	2011	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.

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
AQM-Sitzungen	Die AQM führt und steuert alle Projekte zur Qualitätsverbesserung. Sie trifft alle wichtigen Entscheidungen in der Koordination der Projekte im BRH, sie fungiert als Steuergruppe. Die AQM hat Aufsichts- und Koordinationspflicht für alle im Hause bestehenden Qualitätsprojekte. Diese sind gegenüber der Geschäftsleitung und der AQM protokoll- und reportingpflichtig. Die AQM vermittelt bei Bedarf auch zwischen den Interessen der verschiedenen Ressorts und Funktionsbereichen und setzt Arbeitsschwerpunkte nach Massgabe der geltenden Unternehmensstrategie.	Gesamtklinik	laufend
AQS-Sitzungen	Die AQS hat das Ziel, den Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen über das Qualitätsmanagement zu gewährleisten, Aufgaben zur Qualitätssicherung anzugehen, Verbesserungsvorschläge der MA zu behandeln, falls nötig und angebracht Massnahmen festzulegen zu deren Durchführung zu organisieren oder an den Qualitätsverantwortlichen weiter zu leiten.	Gesamtklinik	laufend
internes Audit	Feststellung der Zertifizierungsfähigkeit	Gesamtklinik	jährlich
externes Audit	Kontrollaudit mit Prüfung der Dokumente und der Erfüllung des zu zertifizierenden Regelwerks anhand eines Fragenkatalogs.	Gesamtklinik	jährlich
Management von Unregelmässigkeiten	Identifizieren der Ursachen und Einleiten notwendiger Sofortmassnahmen zur Schadensbegrenzung unter Beizug der zuständigen Fachleute.	Gesamtklinik	laufend
Kontrolle der TQM-Dokumente	Aktuellhalten der TQM-Dokumente	Gesamtklinik	laufend
Arbeitsgruppen	Erarbeiten von Lösungsvorschlägen und Aktionsplänen bei Qualitätsdefiziten in allen Bereichen	Gesamtklinik	laufend
Hygieneschulungen	Alle neuen Mitarbeiter BRH kennen die Hygienevorgaben BRH Alle Mitarbeiter in den verschiedenen Bereichen werden in der Händehygiene laufend kontrolliert und geschult.	Gesamtklinik	laufend

Systematische Kontrollen von verschiedenen Apparaturen, Geräte usw. (z. B. Waage, BD-Apparate, Absauggeräte)	Der SiBe (Sicherheitsbeauftragte) überprüft Geräteschaften nach dem Prinzip des VFM	Gesamtklinik	Nach bestimmten Zyklen
Klinikinformationssystem (KIS)	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. Mittels KIS soll die Qualität der Dienstleistung in allen Bereichen des Berner Reha Zentrums weiter verbessert werden.	Medizin/Therapie/Pflege	laufend
Guidelines / Best Evidence / Normen nach Vorgaben diverser Fachgesellschaften (SAKR, SGR, SGPMR, SGP)	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz	Medizin	laufend
Outcome-Messungen	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz, Benchmark	Medizin	laufend
Systematische Kontrolle der Berichtserstattung	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz	Medizin	laufend
Bedside Kontrollen durch die Kaderärzte bei jedem Patienten unabhängig von der Versicherungs-klasse	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz	Medizin	laufend
Weiterbildungsüberwachung der Assistenzärzte gemäss FMH-feed-back	Hohe Qualität der Weiterbildung für Assistenzärztinnen und -ärzte	Medizin	laufend
Weiterbildungsanerkennung für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte: Richtlinien der Fachgesellschaften (Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation)	Hohe Qualität der Weiterbildung für Assistenzärztinnen und -ärzte	Medizin	letzte Auditierung und Rezertifizierung 2008
Qualitätsrichtlinien Swiss Reha	Hohe Qualität der medizinischen Fachkompetenz	Medizin	In Betrieb seit 2007
Komplikationsstatistik	Verhindern von Komplikationen	Medizin	jährlich
Kritische Ereignisse	Lernen aus kritischen Zwischenfällen	Pflege	laufend
Sturzmonitoring	Massnahmen zur Sturzverhinderung einleiten	Gesamtklinik	laufend
Dekubitusmonitoring	Massnahmen zur Verhinderung von Dekubitus	Pflege	laufend
Qualitätszirkel	Qualitätssicherung und -verbesserung innerhalb von verschiedenen definierten Fach- oder Themenbereiche	Pflege	laufend
Weiterbildungen	Bedarfsgerechtes Weiterbildungsprogramm für Pflegepersonal inkl. Lernende. Inhalte: Fachkompetenz, Sozial- und Methodenkompetenz Auswertung der Ausbildungsveranstaltungen anhand standardisierter Fragebögen.	Pflege	wöchentlich
BZ-Messgeräte	Interne Kontrollen Externe Kontrollen	Pflege	Alle 14 Tage 1 x jährlich

Prozessoptimierung	Systematische Erfassung und genaue Abklärung komplexer Patienteneintritte mit der zuweisenden Stelle. Ziel: Kontinuität der Pflege beim Übertritt best möglichst zu gewährleisten.	Pflege	Tgl.
Fallbesprechungen	Regelmässige Fallbesprechungen mit dem Ziel der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung bei komplexen Pflegesituationen und einer einheitlichen Abstimmung der best möglichen Pflege	Pflege	Bei Bedarf
Coaching von Pflegefachpersonen	Unterstützung und Coaching der Pflegepraxis durch Experten.	Pflege	Bei Bedarf
Zufriedenheitsmessungen	Patienten werden stichprobenartig von Führungspersonen aus der Pflege besucht und systematisch nach ihrer Zufriedenheit befragt (prophylaktisches Beschwerdemanagement)	Pflege	Stichproben
Guidlines / Best Evidence/ Normen nach Vorgaben diverser Fachverbände (SAKR, SVOMP, IGPTR)	Hohe Qualität der therapeutischen Fachkompetenz	Therapie	laufend
Konsequentes Einhalten der postoperativen Nachbehandlungsschemata	Hohe Behandlungsqualität und Verhindern von Komplikationen	Therapie	laufend
Supervision durch Fachverantwortliche / Vorgesetzte	Hohe Behandlungsqualität und Verhindern von Komplikationen	Therapie	laufend
Qualitätszirkel	Hohe Qualität der therapeutischen Fachkompetenz	Therapie	laufend
Kontrolle der elektronischen Terminplanung	Durch eine optimale Verteilung, Dauer und Frequenz der Therapietermine wird ein patientenorientiertes Therapieprogramm sichergestellt.	Therapie	laufend
Arbeitsgruppe Q-Label	Verbesserung und Sicherung der Dienstleistungsqualität	Therapie	laufend
Wartung der Messinstrumente und Trainingsinstrumente	Konstante Qualität der Mess- und Übungsinstrumente	Therapie	laufend
Interne Fortbildung	Eichung der Durchführung der Techniken und Assessments, z. B. Sicherstellung des korrekten Transfers bei muskuloskelettalen Patienten	Therapie	laufend
Intradisziplinäre Fortbildung	Hohe Qualität der therapeutischen Fachkompetenz	Therapie	jährlich
Patientenradar	Erfassen der Patientendaten anhand der Einweisungszeugnisse. Begründung der Aufgebotsdaten, Verschiebungen und Annullationen. Kontrolle auf Vollständigkeit	Bettendisposition	täglich monatlich
Kontrollen des Sterilisators	Kontrollen durch Bowie dick (Teststreifen) Externe Revalidation	Sterilisation	Täglich Alle 2 Jahre
HAMO-Maschine (spez. Abwaschmaschine)	Kontrollen SFT LOAD Check für RDG HAMO LS2000	Sterilisation	wöchentlich

Prüfung Röntgenanlage	Zustandsprüfung mit Meldung ans BAG	Röntgen	2007
Prüfung Röntgenanlage	Jährliche Konstanzprüfung	Röntgen	2009
Prüfung Entwicklungsma- schine	Prüfung der Entwicklungsma- schine nach Schema AGFA entsprechend den Normen des BAG	Röntgen	2009
Prüfung Röntgenzubehör	Nach Vorgaben des BAG	Röntgen	2009
Software VFM (Loy & Hutz)	Professionelle Abwicklung von Sekundärprozessen	Technischer Dienst	laufend
EKAS	Gewährleistung der Arbeits- platzsicherheit	Technischer Dienst	laufend
SEV	Regelmässige Kontrolle von Elektroinstallationen	Technischer Dienst	laufend
Prüfung H ₂ O-Qualität gemäss Standards	Qualitätssicherung H ₂ O	Technischer Dienst	laufend
Kalibrierung der diagnosti- schen und therapeutischen Geräte nach Vorschrift und Anweisungen des Herstellers	Sicherstellung der hohen Qua- lität diagnostischer und thera- peutischer Geräte	Gesamtklinik	jährlich
Grundkurs für Transporthel- fer	Schulung von Transporthelfern gemäss GEF-Standards	Transportdienst	
Lebensmittelkontrolle	Schutz vor Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen, welche die Gesundheit ge- fährden können; hygienischer Umgang mit Lebensmitteln.	Küche/Restaurant	laufend
Supervision durch FAMH externes Labor	Qualitätssicherung im Labor	Labor	2 x jährlich
Teilnahme an externem Ringversuch CSCQ	Qualitätssicherung im Labor	Labor	4 – 6 x jährlich
Interne Parameterkontrollen und Gerätekontrollen	Qualitätssicherung im Labor	Labor	täglich
Internes Kontrollsystem (IKS)	Sicherstellung der korrekten Geldflüsse	Finanz- und Rechnungs- wesen	laufend
Revisionen	Finanzkontrolle	Finanz- und Rechnungs- wesen	jährlich
Quartalsgespräche mit Kos- tenstellenleitern	Qualitätssicherung Finanz- und Rechnungswesen	Finanz- und Rechnungs- wesen	4x jährlich
Wartungen der Messinstru- mente	Qualitätssicherung Funktions- diagnostik	Funktionsdiagnostik	laufend
Kontrolle des Defibrillators	Wartung	Funktionsdiagnostik	täglich
Kalibrierung grosse Lungen- funktion	Qualitätssicherung Lungen- funktionsdiagnostik	Funktionsdiagnostik	2x täglich laufend
Temperaturkontrolle von Kühlschrank, Tiefkühler, Wärmeschrank	Qualitätssicherung Funktions- diagnostik	Gesamtklinik	täglich
Reinigung und Kontrolle des Exp. –Datum bei Allergenen und Medikamenten	Qualitätssicherung Funktions- diagnostik	Funktionsdiagnostik	monatlich
Externe Qualitätskontrolle mittels Kontroll-Lösung	Qualitätssicherung Funktions- diagnostik	Funktionsdiagnostik	4x jährlich
Bewirtschaftung der Abtei- lungsapotheken durch Phar- ma-Assistentinnen	Straffung der Medikamenten- lagerbestände auf den Abtei- lungen, Entlastung der Pfl- genden von der Medikamen- tenlogistik	Apotheke	Beendet Februar 2010
Neuaufgabe Arbeitsanwei- sung „Antinfektiva zur sys- temischen Anwendung“	Anwendungsangaben für Pfleger	Apotheke	Beendet Mai 2009

Aufbau QMS Apotheke	Aktuelles QMS	Apotheke	In Arbeit
Arzneimittelinformationen, Mitteilungen Sortimentsänderungen	Information für MedikamentenanwenderInnen, Erhöhung der Arzneimittelsicherheit	Apotheke	laufend, je nach Bedarf
Mitarbeit im QZ Medikamentenmanagement (Apothekerin)	Erhöhung der Arzneimittelsicherheit	Apotheke	laufend

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	KISplus - Teilprojekt T1	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Flächendeckendes Klinikinformationssystem (KIS)	
Beschreibung	Die Vorbereitungen für die Einführung eines flächendeckenden Klinik Informationssystems (KIS) und die anschliessende Betreuung und Überwachung des Systems nach Produktivstart ab dem 4. Quartal beanspruchten einen Grossteil der Ressourcen der Informatik und des Medizincontrollings. In enger Zusammenarbeit der beiden Bereiche ist es gelungen, das im Jahre 2010 erarbeitete Detailkonzept zum KIS im Berichtsjahr umzusetzen, sodass das BRH nun über ein klinikumfassendes Informationssystem verfügt. Damit ist der Grundstein gelegt, um in Zukunft die Fülle an medizinischen Daten sowie den steigenden Dokumentationsbedarf gegenüber externen Organisationen und Versicherern bewältigen zu können.	
Projektablauf / Methodik	Der «Kaltstart» in den Arbeitsalltag – ohne Pilotphase und ohne modularen Einstieg – war für die meisten Berufsgruppen eine grosse Herausforderung mit direkten Auswirkungen auf Arbeitsprozesse und Arbeitszeiten. Dank einer exzellenten internen Begleitung, auch von Nichtinformatikern, «Common Sense Supervision» durch die Mitarbeitenden selber und regem Feedback über Stolperfallen können wir wenige Monate nach Einführung im Alltag mit dem System arbeiten, auch wenn noch nicht alle Detailprojektvorgaben erfüllt sind.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Ärztlicher Dienst Pflege Therapien Sozialdienst Psychologe Medizinische Spezialdienste Funktionsdiagnostik / Röntgen Apotheke Labor Sekretariate Bettendisposition Hotellerie / Gästeservice Küche Informatik Medizincontrolling	
Projektevaluation / Konsequenzen	Als Fazit darf festgehalten werden, dass trotz teils erheblicher Schwierigkeiten und Probleme das KIS dem Produktivbetrieb zeitgerecht hat übergeben werden können und dass es sich mittlerweile als echte Stütze im Klinikalltag etabliert hat. Damit wurde der wichtigste Schritt auf unsrem Weg zur zentralen Patientendokumentation vollzogen.	
Weiterführende Unterlagen	--	

F

Schlusswort und Ausblick

Das Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi setzt alles daran, die individuellen Rehabilitationsziele jedes einzelnen Patienten gemeinsam mit diesem zu erreichen. Deshalb ist es uns ein Anliegen die Qualitätsstandards auf diesem hohen Niveau beizubehalten und auch künftig für eine erstklassige Rehabilitation zu sorgen.

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 geistnährend zu gestalten.