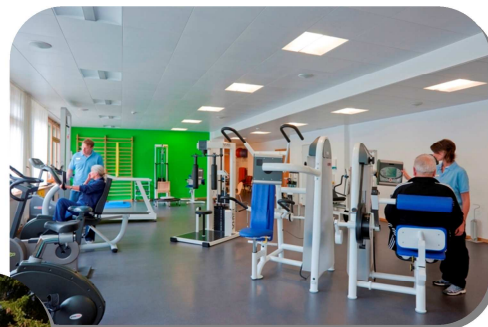
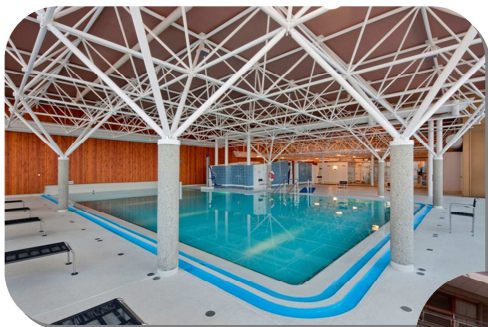




Berner Klinik Montana
Imp. Palace Bellevue 1
3963 Crans-Montana



www.bernerklinik.ch



Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

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 **d**éveloppement 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 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	2
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	2
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	3
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
	C1 Angebotsübersicht	4
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	4
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	4
	C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	5
	C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	5
	C4-4 Personelle Ressourcen	5
D	Qualitätsmessungen	6
	D1 Zufriedenheitsmessungen	6
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	6
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	7
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	8
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	9
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	9
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	9
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	10
	D3-6 Weiteres Messthema	11
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	11
E	Verbesserungsaktivitäten und –projekte	12
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	12
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	12
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte	13
F	Schlusswort und Ausblick	13
G	Anhänge	13

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.

Durch die ständige Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagements hat die Berner Klinik ein wirkungsvolles Instrument, um aktuellen und zukünftigen Anforderungen der Patienten, der Kostenträger sowie der Mitarbeiter gerecht zu werden.

Unser engagiertes und zielorientiertes Qualitätsmanagement gewährleistet die Überprüfung unserer Arbeit sowie die konsequente Weiterentwicklung unserer Angebote. Dadurch ist die Berner Klinik Montana ein anerkannter Qualitätspartner im Bereich der Rehabilitation.

Die Angebote beziehen sich auf die stationäre medizinische Rehabilitation im Rahmen der kantonalen Gesundheitsplanung. Darin eingeschlossen sind auch ausserkantonale und ausländische Patienten. Die Berner Klinik Montana bietet ein Leistungsspektrum bestehend aus 4 Fachgebieten an:

- Internistische Rehabilitation mit Integration der onkologischen Rehabilitation
- Neurologische Rehabilitation als Referenzklinik für MS
- Muskuloskelettale Rehabilitation
- Psychosomatische Rehabilitation

Während dem Berichtsjahr 2011 ist es der BM gelungen, neben der Spitalliste des Kanton Berns, neu auch auf die Spitalliste der Kantone Wallis, Freiburg, Neuenburg und Luzern aufgenommen zu werden.

Die Weiterentwicklung der Neurowissenschaften sowie der Medizin, insbesondere auf dem Gebiet der Rehabilitation, führen zu einer Dynamisierung von bestehenden Konzepten. Diese werden regelmässig überarbeitet und angepasst.

Die Auslastung unserer Klinik hat sich 2011 weiter um erfreuliche 3% gesteigert, dies insbesondere durch eine Zunahme der Patienten im Bereich der neurologischen Rehabilitation.

Aus 19 Kantonen durften wir insgesamt 1302 Patientinnen und Patienten zur Rehabilitation aufnehmen, davon 71% aus dem Kanton Bern, welcher der wichtigste Herkunftskanton blieb, gefolgt von Freiburg, Wallis, Waadt, Neuenburg und Genf.

Unsere Klinik steht somit ab 2012 Patientinnen und Patienten aus der ganzen Schweiz offen.

<http://www.bernerklinik.ch/de/klinik/geschaeftsberichte.html>

<http://www.bernerklinik.ch/>

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Das Qualitätsmanagement ist eine zentrale Führungsaufgabe. Schritt für Schritt werden unsere Therapiekonzepte, Behandlungspfade, Behandlungsangebote sowie die technische Ausstattung des Hauses kontinuierlich im Sinne der Patienten ausgebaut und optimiert.

Die Klinik verfügt über eine moderne apparative Ausstattung, die eine zielgerichtete und umfassende Rehabilitation und effektive therapeutische Arbeit ermöglicht. Die Berner Klinik Montana ist nach DIN ISO 9001:2008 zertifiziert

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

B2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

- Ausbau der strategischen Ausrichtung
- Abschluss Vorprojekt und Start des Projektes zur Einführung eines Klinikinformationssystems
- Externe Audits :
 - Re-Zertifizierung Betrieb DIN ISO 9001:2008
 - Audit H+ Arbeitssicherheit
 - Vorbereitung zur Aufnahme bei SWISS REHA
- Umsetzung der Spitalhygiene in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut der Walliser Spitäler
- Interne Messung der Behandlungsqualität (Outcomemessungen) und Patientenzufriedenheit
- Externe Messung der Patientenzufriedenheit
- Externe Messung der Mitarbeiterzufriedenheit
- Verbesserung der Infrastruktur: Beginn der Renovation der allgemeinen Zimmer

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Die seit 2010 eingeführte kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung hat es uns erlaubt, gezielt verschiedene Aspekte der Patientenorientierung im ganzen Betrieb zu verbessern und zu optimieren. In der Gesamtbewertung der Verlaufsmessung liegen wir seit der Einführung der Messung vor dem Benchmark aller beteiligten Kliniken.

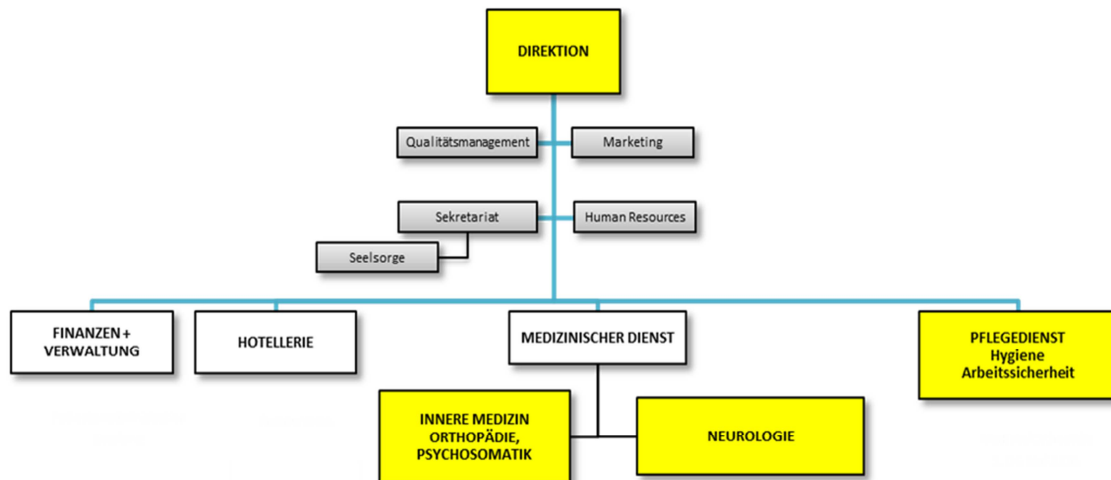
Im November 2011 ist die Berner Klinik zum 4ten Mal erfolgreich durch Pro-Cert rezertifiziert worden.

Die Zusammenarbeit im Bereich der Spitalhygiene mit dem Zentralinstitut der Walliser Spitäler und das erfolgreich durchgeführte Audit seitens H+ Arbeitssicherheit belegen, dass Prävention und Sicherheit in der BM an vorderster Stelle stehen.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Dienstleistung: Weiterentwicklung des Betreuungskonzeptes
- Behandlungsqualität: Interdisziplinäre Weiterentwicklung der Behandlungspfade
- Personal: Umsetzung des neuen Einführungskonzeptes für neue Mitarbeiter
- Bildung: Umsetzung des neuen Bildungskonzeptes
- Controlling: Einführung eines MIS
- Einführung eines Klinikinformationssystems

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



Mitglied Klinikleitung

☒	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	80 Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. S. Eberhard		stephan.eberhard@bernerklinik.ch	Chefarzt Medizin
D. Ernst		dieter.ernst@bernerklinik.ch	Qualitätsleiter
C. Haushalter		christiane.haushalter@bernerklinik.ch	Pflegedienstleitung
B. Emery		benoit.emery@bernerklinik.ch	Finanzleiter
C. Loretan		christine.loretan@bernerklinik.ch	Leiterin Facility Management
B. Vogel		brigitte.vogel@bernerklinik.ch	Direktionssekretariat/ Beschwerdemanagement

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

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	
☒	Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)
☒	Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen
Diabetesberatung
Ergotherapie
Ernährungsberatung
Logopädie
Neuropsychologie
Physiotherapie
Psychologie
Psychotherapie

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** 2011 ergeben zusammenbetrachtet 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 stationäre Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Internistische/onkologische Rehabilitation	2.4	194	4'533
Muskuloskelettale Rehabilitation	2.5	271	6'764
Neurologische Rehabilitation	2.7	626	14'169
Psychosomatische Rehabilitation	2.9	211	5'181

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- i 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.

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
Spital Wallis, Sitten	Intensivstation in akutsomatischem Spital	19.4 km
Spital Wallis, Sierre	Notfall in akutsomatischem Spital	12.4 km

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

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

- i 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	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

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

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	☒ ja	
Facharzt Neurologie	☒ ja	
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Kardiologie Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	☒ ja	
Facharzt Psychiatrie	☐ ja	

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation	48	42.2

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:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
☒	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse der letzten Befragung				
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Gesamter Betrieb	91%	Die 91% bilden die Gesamtzufriedenheit über den gesamten Aufenthalt ab. Im Vergleich liegt die BM mit einem Gesamtproblemwert von 7.0 (je kleiner dieser Wert, umso besser) vor dem Gesamtproblemwert des Benchmarks aller teilnehmenden Kliniken. Die BM hat sich in der letzten Messperiode um 1.5 Punkte verbessert gegenüber 0.6 des Benchmarks.		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	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).				
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon ☐ Picker ☐ PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18) ☒ PZ Benchmark				
☐ Anderes externes Messinstrument				
Name des Instrumentes		PZ-Benchmark	Name des Messinstitutes	Marty Marktforschung in Zusammenarbeit mit Demoscope
☐ eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes		Randomisierte telefonische Befragung (monatlich) mit validiertem Fragebogen. Aufgliederung in 6 Sektoren (Eintritt, Therapie/Medizin/Pflege, verschiedene Therapien, Atmosphäre, Infrastruktur/Komfort, Austritt)		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien	Patienten die nicht an der Befragung teilnehmen möchten		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten		83	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.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Direktionssekretariat
Name der Ansprechperson	B. Vogel
Funktion	Direktionssekretärin
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	027 485 50 39 / brigitte.vogel@bernerklinik.ch
Bemerkungen	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

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: Es wird die Patientenzufriedenheit gemessen

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:	2003	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014
☒	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		
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.		
☒ 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	Mitarbeiterzufriedenheitsmessung	Name des Messinstitutes	Mecon
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Anonymisierte Gesamterhebung mittels validiertem Fragebogen. Themen / Inhalte : Arbeitsinhalte, Lohn, Arbeitszeit, Weiterbildung, Team, Führung, Arbeitsplatz, Interdisziplinäre Zusammenarbeit, weitere Leistungen		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Angestellten der BM		
	Ausschlusskriterien	Praktikanten Stundenlöhner		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		118		
Rücklauf in Prozenten		64.3	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☒ Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Interne interdisziplinäre Fort und Weiterbildung	Durchführung eines regelmässigen gemeinsamen interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsprogramms für die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Dienste	Interdisziplinär	2012- laufend

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: Das Monitoring der Zuweiserzahlen wird durch den gezielten persönlichen Kontakt sichergestellt.

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?	Jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt während dem Klinikaufenthalt auf den Boden zu liegen kommt.

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
☐ 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 (von ... bis)

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

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Jeder Patient der ein Dekubitus während dem Aufenthalt in der Klinik entwickelt.		
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	
☐ 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 (von ... bis)

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Outcome-Messung onkologische Rehabilitation		
Was wird gemessen?	Outcome nach Austritt, nach 3 Monaten und nach einem Jahr		

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:

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).			

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

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 (von ... bis)

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	Status	Bereich
	A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	A = Ja, seit 20xx B = nein C = geplant, ab 201x	A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
Komplikationenliste	A: Verein Komplikationenliste	A : 2007	A
Bemerkung			
Dauererfassung, Verbesserungsmassnahmen erfolgen klinikübergreifend.			



Verbesserungsaktivitäten und –projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
ISO 9001: 2008	Klinik	2001	2011	

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)
KIS	Projekt zur Einführung eines Klinikinformationssystems	Klinik	Von Juli 11 – Ende 2013
QMS	Weiterentwicklung der Prozessorganisation	Support- Prozesse	laufend 2010-2011
ANQ	Einführung eines flächendeckenden Messsystems	Orthopädische und neurologische Rehabilitation	laufend 01.05.07-
Renovation der Allgmeinzimmer	Verbesserung der Infrastruktur	Klinik	2011-2012
Onkologische Rehabilitation	Netzwerk onkologische Rehabilitation Thun – Berner Oberland	Medizin	2010-2014
Beschwerdemanagement	Kontinuierliche und systematische Bearbeitung der Reklamationen	Klinik	In Betrieb
Kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Steigerung Effizienz, Qualität der Dienstleistung und Sicherheit	Klinik	In Betrieb
Interne Audits	Steigerung Effizienz, Qualität der Dienstleistung und Sicherheit; Einhalten der Norm-Vorgaben	Klinik	In Betrieb
Risk-Management	Schadenvermeidung	Klinik	In Betrieb
Mitarbeiter-Zufriedenheitsmessung	Erfassung der MA Zufriedenheit	Klinik	
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Einhalten der Vorgaben durch Branchenlösung H+	Klinik	In Betrieb
Komplikationenliste	Patientensicherheit, Fehlervermeidung	Klinik	In Betrieb
Ergebnismessung	Systematische und kontinuierliche Ergebnisevaluation im Rahmen des ICF	Klinik	In Betrieb
Mitarbeit in der Sektion Rehabilitation SQMH	Austausch über Qualitätsprobleme aller Bereiche der Rehabilitation	QM, ärztlicher Dienst	In Betrieb

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitel	Vorprojekt KIS	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Klärung der Rahmenbedingungen und Abschluss eines Projektvertrages	
Beschreibung	Definition von Umsetzungszielen, Vorgehensweise; Lieferergebnisse, Meilensteine sowie Terminplanung.	
Projektablauf / Methodik	Projektmanagement	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	In der Analysephase wurden alle Berufsgruppen involviert.	
Projektevaluation / Konsequenzen	Das Vorprojekt ist erfolgreich abgeschlossen und der Projektstart wurde im Juli 2011 freigegeben.	
Weiterführende Unterlagen		

F

Schlusswort und Ausblick

Das Qualitätsmanagement bildet einen Eckpfeiler der Unternehmenskultur der BM. Unser Augenmerk wird sich zukünftig auf eine nachhaltige Unternehmensentwicklung legen. Das Qualitätsmanagement ist dabei eines der Instrumente, mit denen unsere Anstrengungen in dieser Richtung auf mehreren Systemebenen reflektiert werden können. Ebenso spielen Qualitätsindikatoren im zukünftigen nationalen Qualitätsmessplan und für den zukünftigen Rehabilitationstarif eine Rolle. Wir sind gut gerüstet und bereit, uns diesen Herausforderungen zu stellen und aktiv an der Ausgestaltung dieser Systeme mitzuarbeiten.

G

Anhänge