



**Berner Klinik Montana
Zentrum für medizinische und
neurologische Rehabilitation
Imp. Palace Bellevue 1
3963 Crans-Montana**



Qualitätsbericht 2009

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



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	6
C3	Kennzahlen Rehabilitation	6
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	7
D1	Zufriedenheitsmessungen	7
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	7
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	8
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	8
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	9
D2	ANQ-Indikatoren	10
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	10
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	10
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	10
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	10
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	11
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	11
D5	KIQ-Pilotprojekte	12
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation	12
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	13
E1	Pflegeindikatoren	13
E1-1	Stürze	13
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	13
E2	Weitere Qualitätsindikatoren	14
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege	14
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings (2)	14
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	14
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	14
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	15
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	16
G	Schlusswort und Ausblick	16
H	Impressum	17
I	Anhänge	18



Die Qualitätspolitik der Berner Klinik Montana orientiert sich am Leistungsauftrag des Kantons Bern und beruht auf der Erkenntnis, dass hohe Qualitätsstandards die Grundlagen für eine erfolgreiche Positionierung der Klinik im Gesundheitsmarkt sind. Die BM verfügt über eine moderne Infrastruktur und beschäftigt 179 Mitarbeiter.

Unsere Dienstleistungen decken die nachfolgenden Fachbereiche ab :

- Muskuloskelettale Rehabilitation
- Neurologische Rehabilitation
- Psychosomatische Rehabilitation
- Internmedizinische und postoperative Rehabilitation
- Onkologische Rehabilitation

Wir verstehen uns als faire und zuverlässige Partner sowie qualitätsorientierte Dienstleister gegenüber Patienten, zuweisenden Spitälern und Ärzten sowie Kostenträgern. Wir definieren „Qualität“ auch als Erfüllung von Erwartungen und Anforderungen unserer externen Kunden wie Zuweiser, Kostenträger, gesellschaftliches Umfeld, Lieferanten und Mitarbeiter. Unser Ziel ist es, den Anforderungen unserer Patienten und Partner in vollem Umfang zu genügen. Der optimierte Einsatz von Ressourcen ist für uns selbstverständlich. Somit stellen wir uns den Herausforderungen des Marktes.

Die Berner Klinik Montana befindet sich in einem kontinuierlichen Prozess der Qualitäts- und Organisationsentwicklung. Hierbei steht für unsere Patienten eine optimale Rehabilitation im Vordergrund. Alle Berufsgruppen tragen mit ihren Fähigkeiten und Verantwortlichkeit dazu bei, das Behandlungskonzept zum Nutzen der Patienten optimal umzusetzen.

Das Qualitätsmanagementsystem (ISO 9001:2008) der Berner Klinik Montana besteht seit 9 Jahren und stellt sicher, dass alle qualitätsrelevanten Aspekte der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität kontinuierlich überprüft und qualifiziert bewertet werden. Jährlich finden interne sowie externe Audits statt



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die Qualitätsziele stehen im Einklang und mit den übergeordneten Grundsätzen der Strategie der Berner Klinik Montana.

Die Qualitätsziele der Berner Klinik gliedern sich nach:

- Patienten- und Kundenperspektive
- Finanzperspektive
- Struktur- und Prozessperspektive
- Mitarbeiter-, Innovations- und Wissensperspektive

Die Klinikleitung stellt sicher, dass für alle Bereiche entsprechende Qualitätsziele definiert werden. Mit Hilfe des Verbesserungsmanagements werden Veränderungen in Prozessabläufen und Ergebnissen aufgezeigt; somit erhalten wir frühzeitig Hinweise auf mögliche Verbesserungspotentiale. Die Sicherstellung der Zielerreichung wird durch ein regelmässiges Reporting gewährleistet und zunächst im Rahmen der Klinikleitung verarbeitet.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Im Rahmen der Organisationsentwicklung wurde ein neues Managementkonzept entwickelt und eingeführt. Dabei spielt die Einführung der Prozessorganisation und die Neuregelung der verschiedenen Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzen eine zentrale Rolle. Hierdurch wird eine verbesserte und konsequente Patienten-, Fachgebiet- und Prozessorientierung ermöglicht.

Mit der Entwicklung der Behandlungspfade pro Fachgebiet wird die Grundlage für die Kundenorientierung gelegt. Hierbei nimmt die Festlegung der Rehabilitationsziele eine bedeutende Rolle ein. Die Ziele erreichen wir durch einen abgestimmten Therapieplan, der es erlaubt die gemeinsam festgelegten Rehabilitationsziele zu erreichen. Durch die Einbeziehung und Beteiligung der Mitarbeiter bei der Entwicklung wird eine optimale Transparenz geschaffen. Hierbei spielen gegenseitiger Respekt und Akzeptanz eine entscheidende Rolle. Etwaigen Konflikten wird durch Schulungen zu Führungs- und Prozessverständnis sowie Verbesserung der Kommunikation entgegengetreten. Aus dieser Entwicklung entsteht die Motivation, Bereitschaft und Akzeptanz zu Veränderungen und zu kontinuierlichen Verbesserungen.

Neben der Prozessorientierung ist auch die Infrastrukturqualität während dem Berichtsjahr laufend verbessert und erneuert worden.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

Die Prozessorganisation ist eingeführt worden. Für die Kundenorientierung wurden 21 verschiedene Behandlungspfade entwickelt, die ab Januar 2010 eingeführt werden. Betreffend der Infrastrukturqualität und Komfortausstattung wurden sämtliche Privatzimmer, der Speisesaal und die Cafeteria renoviert. Betreffend Sicherheit sind die Brandmelde- und Patientenrufanlage sowie die Telefonzentrale erneuert worden.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

In Bezug zur Prozessqualität steht der Berner Klinik mit der Einführung der Behandlungspfade ein entscheidender Schritt in der Organisations- und Qualitätsentwicklung bevor. Mit der Einführung der interdisziplinär definierten Behandlungspfade verfolgen wir das Ziel, dass der Patient eine optimale und angemessene Rehabilitation in Bezug zu der bei Eintritt festgelegter Zielsetzung erhält. Hierbei werden die geforderten sowie auch vorhandenen Ressourcen berücksichtigt. Die Verbesserung der Pflegequalität wird durch die Weiterentwicklung und Einführung von neuen Pflegestandards gewährleistet.

In Bezug zur E-Health Strategie des Bundes ist die Einführung eines Informationssystems geplant, welches die interne sowie externe Kommunikation beschleunigt.

Durch eine gesteigerte Transparenz wird die Grundlage zur Veränderung und kontinuierlichen Verbesserung innerhalb des gesamten Behandlungspfades gelegt.

In Bezug zur Strukturqualität sind verschiedene Projekte zur Verbesserung der Infrastruktur wie die Renovation des Schwimmbades und weitere Renovation der Patientenzimmer vorgesehen.

In Bezug zu den Messungen sind 2010 eine kontinuierliche externe Patientenzufriedenheitsmessung und eine externe Mitarbeiterzufriedenheitsmessung geplant.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt 80% Stellenprozent zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Qualitätsverantwortlicher (Zust. in der Geschäftsleitung)	027 485 50 39	Monica.crettol@bernerklinik.ch	Direktorin
	027 485 52 77	Stephan.eberhard@bernerklinik.ch	Dr. Stephan Eberhard, Chefarzt Medizin
Dieter Ernst	027 485 51 51	Dieter.ernst@bernerklinik.ch	Qualitätsleiter

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl stationäre Patienten	1'186	
Anzahl Pfl egetage gesamt	27'278	
Bettenanzahl per 31.12.	96	davon 83 in Betrieb
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	22.1	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	90 %	90%
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte		

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2009	Nächste Messung: 2010
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	9.0	Zufriedenheit in einer Skala von 0 bis 10, wobei 10 eine maximale Zufriedenheit bedeutet.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Medizin	9.3	
Neurologie	8.6	
Orthopädie	9.1	
Psychosomatik	8.8	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input checked="" type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Globale Zufriedenheitsmessung anhand einer Skala 0-10, wobei 10 eine maximale Zufriedenheit bedeutet		
Einschlusskriterien	Alle Patienten bei Austritt		
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:	

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

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

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2003	Nächste Messung: 2010
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

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

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

D1-4 Zuweiserzufriedenheit



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

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

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

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

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



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

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



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

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



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

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



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

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



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

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Komplikationenliste	Alle Fachbereiche	Verein Komplikationenliste	A: Dauerfassung, Verbesserungs- massnahmen erfolgen Klinik - übergreifend
Bemerkungen			

Legende:

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

D5 KIQ-Pilotprojekte



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

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

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



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

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“	Jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf den Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt.
---	--

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	Alle Abteilungen		
Ergebnis gesamt:	48	Anteil mit Behandlungsfolgen:	20
		Anteil ohne Behandlungsfolgen:	28
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

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

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009	
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	
Gemessene Abteilungen:	alle
Ergebnis gesamt:	0 während dem Aufenthalt
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

Entstehungsort der Dekubitus	Werte (quantitativ)				
	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubitus bei Eintritt und Rückverlegung	Nicht gemessen				
Anzahl Dekubitus während dem Aufenthalt in der Institution.	0				
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen	Dekubitus bei Eintritt wird die Wundpflege mit Photo dokumentiert				

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

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



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

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings (2)

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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Klinik	ISO 9001: 2008	2001	2008	

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Klinik	Beschwerdemanagement	Kontinuierliche und systematische Bearbeitung der Reklamationen	In Betrieb
Klinik	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Steigerung Effizienz, Qualität der Dienstleistung und Sicherheit	In Betrieb
Klinik	Audits	Steigerung Effizienz,	In Betrieb

		Qualität der Dienstleistung und Sicherheit	
Klinik	Risk- Management	Schadenvermeidung	In Betrieb
		Systematische Erfassung der MA Zufriedenheit.	Eine externe Zufriedenheitsmessung ist für 2010 geplant.
Klinik	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Einhalten der Vorgaben durch Branchenlösung H+	In Betrieb
Medizin	Komplikationenliste gem. verein Komplikationenliste	Fehlervermeidung gesamte Klinik	In Betrieb
	Ergebnismessung	Systematische und kontinuierliche Ergebnisevaluation im Rahmen des ICF	In Betrieb
	Mitarbeit in der Sektion Rehabilitation SQMH	Austausch über Qualitätsprobleme aller Bereiche der Rehabilitation	In Betrieb
	Mitarbeit am Nationalen Projekt KIQ nach Abschluss der ersten Pilotphase	Evaluieren und erstellen eines schweizweit verfügbaren Systems zur Messung der Ergebnisqualität.	In Bearbeitung

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Klinik	KIS	Evaluation eines Klinikinformationssystem in der BM / laufend	Von September 09 bis
Klinik	QMS	Einführung und Umsetzung Prozessorganisation / laufend	2009-2011
Orthopädische und neurologische Rehabilitation	KIQ	Einführung eines flächendeckenden Messsystems / laufend	01.05.07-

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 abgeschlossenen Qualitätsprojekten

Projekttitlel	QMS	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Einführung Prozessorganisation	
Beschreibung	Die Neugestaltung des Qualität Management Systems beinhaltet die Überarbeitung resp. die Neudefinition der Produkte, Prozesse und Rollen. Das Managementkonzept ist konkretisiert worden und die Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzen sind zwischen der Aufbau und Ablauforganisation neu im Funktionsdiagramm festgelegt. Die Prozessorganisation ist eingeführt worden. In den Behandlungsprozessen sind Behandlungspfade entwickelt worden.	
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär: alle Berufsgruppen sind im Projekt integriert worden.	
Projektevaluation / Konsequenzen	Die Behandlungspfade werden im Januar 2010 eingeführt. Die zentrale Planung wird durch eine dezentrale Planung abgelöst. Die Planung der Behandlungspfade findet unmittelbar nach der Eintrittsuntersuchung statt. Die Arbeitszeiten werden an den Bedürfnissen der Prozesse angepasst. Das Transportangebot wird verbessert.	
Weiterführende Unterlagen		

G

Schlusswort und Ausblick



Wir werden insbesondere das Indikatorensystem für Prozessführung, das Riskmanagement und die kontinuierliche Zufriedenheitsmessung der Patienten fokussieren und ausbauen um so einen hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten.



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern
© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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

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

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



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

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



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

Partner



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

Siehe auch www.anq.ch

I Anhänge

Organigramm

