

Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+

Version 8.0



Psychiatrie



Rehabilitation

**Klinik SGM Langenthal
Weissensteinstrasse 30
4900 Langenthal
www.klinik-sgm.ch**

**Freigabe am:
durch:**

**27. März 2015
Ellenberger Urs, Leitung Qualitätsmanagement**

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2014.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2014

Herr
Urs Ellenberger
Leitung Pflege und Behandlungen
Leitung Qualitätsmanagement
062 919 22 27
urs.ellenberger@klinik-sgm.ch

Vorwort von H+ die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und gewissen kantonalen Messungen teil.

Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) werden Qualitätsmessungen in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2014 das zweite nationale Pilot-programm „progress! Sichere Medikation an Schnittstellen“. Ziel ist es die Patientensicherheit bei der medikamentösen Therapie an Behandlungsschnittstellen zu verbessern. 2013 startete die Stiftung bereits ein Programm, das auf die Sicherheit in der Chirurgie fokussiert ist. Die beiden Programme sind Bestandteile der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in diesem Bericht publizierten Resultate der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messresultate zwischen den Betrieben sind gewisse Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum einen sollte das Leistungsangebot (vgl. C2) ähnlich sein. Ein Regionalspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messresultate unterschiedlich zu werten sind. Zum anderen die Spitäler und Kliniken verschiedene Messinstrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebungsmethodik und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014	3
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014	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	4
C1	Kennzahlen 2014	4
C2	Angebotsübersicht	4
C3	Leistungsangebot in der Psychiatrie	5
C3-1	Personelle Ressourcen	6
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2014.....	6
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	6
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	6
C4-3	Personelle Ressourcen	7
D	Zufriedenheitsmessungen	8
D1	Patientenzufriedenheit	8
D2	Angehörigenzufriedenheit	10
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	10
D4	Zuweiserzufriedenheit.....	10
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	10
E1	Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie	11
E1-1	Erwachsenenpsychiatrie.....	11
E2	Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation	13
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014	14
F1	Critical Incident Reporting System (CIRS).....	14
F2	Ideenmanagement	15
F3	Rückmelde- und Beschwerdemanagement.....	16
G	Registerübersicht	17
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	17
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	18
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	18
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	19
I	Schlusswort und Ausblick	22

Beschrieb Klinik SGM Langenthal

Die Klinik SGM Langenthal ist eine anerkannte, christliche Fachklinik für Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie mit stationären, tagesklinischen und ambulanten Behandlungsangeboten. Die Trägerschaft ist die Stiftung für ganzheitliche Medizin (SGM). Es werden Patientinnen und Patienten aus einem überregionalen Einzugsgebiet behandelt und betreut. Unsere Klinik bietet den nötigen Schutz und die Geborgenheit für eine umfassende Genesung.

Für unser ganzheitliches Engagement für psychisch kranke Menschen wurden wir 2008 mit dem internationalen «HOPE Award» der Organisation Hope for Europe ausgezeichnet.

Wir verfügen über zwei stationären Abteilungen mit 36 Betten, eine psychosomatisch-psychotherapeutische Tagesklinik mit 15 Plätzen sowie ein psychiatrisches und ein psychosomatisches Ambulatorium. Insgesamt beschäftigt die Klinik in zwei Gebäuden rund 120 Mitarbeitende.

Vom Kanton Bern (Spitalliste 2012) haben wir zwei stationäre Leistungsaufträge;

- Spezialversorger Psychosomatik in der allgemeinen und spezialisierten Erwachsenenpsychiatrie (Liste Psychiatrie)
- Psychosomatische Rehabilitation (Liste Rehabilitation)

Unser Leistungsangebot umfasst das gesamte Spektrum psychosomatischer Erkrankungen. Aufgrund Vorgaben von einer Aufnahme ausgeschlossen sind Frauen und Männer mit Drogen- und Alkoholproblemen, mit Problemen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit fremdgefährdendem Verhalten, mit Selbstgefährdung ohne Absprachefähigkeit sowie Personen mit erheblichen hirnorganischen Einschränkungen.

Die ganzheitliche Behandlung unserer Patientinnen und Patienten basiert auf der Grundlage des biopsychosozialen Modells mit der Erweiterung um die spirituelle Dimension. Unser Handeln orientiert sich an gelebten christlichen Werten. Die Patientinnen und Patienten werden in ihrer Einzigartigkeit ganzheitlich wahrgenommen und die professionelle Behandlung individuell auf sie abgestimmt.

Der interdisziplinäre Behandlungsansatz umfasst Einzel- und Gruppenpsychotherapie inklusive Gesprächstherapie, Bezugspflege, Pharmakotherapie, soziale Beratung, Ergo-, Gestaltungs- und Musiktherapie, Physiotherapie und Seelsorge. Das multiprofessionelle Zusammenspiel der Behandlungsteams sowie die professionelle Behandlung und Betreuung unserer Patientinnen und Patienten zeichnen uns aus.

Nach Vorliegen der Spitalliste 2012 wurde die Neupositionierung gemäss den erhaltenen Leistungsaufträgen angegangen. Das Ärztliche Führungsmodell wurde angepasst und der Schwerpunkt sorgfältig in Richtung Psychosomatik verlagert.

Relevante Informationen zum Betriebsjahr 2014

Das 2014 war geprägt durch die Bauphase während laufendem Vollbetrieb. Das Restaurant wurde erweitert und im Erdgeschoss des Anbaus fand eine Hausarzt-Gruppenpraxis sowie das Röntgen Langenthal Platz. Auf den oberen Etagen des Anbaus entstanden insgesamt acht Einzelzimmer und zwei Zweierzimmer sowie acht Therapeutenbüros. Die Einweihungsfeierlichkeiten für Restaurant, Praxis im Hard und Röntgen Langenthal fanden am 01 September 2014 statt.

Zusammenfassung Qualität 2014

Nebst der herausfordernden Anbau- und Sanierungsphase führten wir die qualitätssichernden Massnahmen und die Unternehmensentwicklung in der Klinik SGM Langenthal weiter. Das ärztliche Führungsmodell konnte mit zwei neuen Leitenden Ärzten und einer geregelten

Stellvertretung des Chefarztes gestärkt werden. Wir führten Kooperationsprojekte durch mit dem Ziel einer integrierten Versorgung. Behandlungskonzepte wurden er- oder überarbeitet und das Therapieangebot ausgebaut. Im Prozess der Leitbildentwicklung erarbeiteten wir Leitgedanken. Die Arbeiten zum Erstellen eines qualifizierten Qualitätsberichtes wurden weiter geführt. Auch vorbereitende Arbeiten zur Auswahl eines Qualitätsmanagement-Systems sind erfolgt. Im November entschied der Stiftungsrat nach dem Modell EFQM zu arbeiten um die Klinik laufend weiter zu entwickeln.

Einige Zahlen

Im Berichtsjahr wurden 325 (Vorjahr 324) stationäre, 66 (Vorjahr 67) tagesklinische und 728 (Vorjahr 731) ambulante Patientinnen und Patienten behandelt.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 44.4 Tage (Vorjahr 45.7 Tage).

Insgesamt beschäftigt die Klinik SGM Langenthal in zwei Gebäuden 120 Mitarbeitende, die 77.48 Vollzeitstellen abdecken.

Der Qualitätsausschuss besteht aus der Klinikleitung mit allen Bereichsleitern und dem therapeutischen Qualitätsbeauftragten. Der Qualitätszirkel besteht aus der Leitung Qualitätsmanagement, der Leitung therapeutische Qualitätssicherung und der Leitung Finanzen und Controlling.

Weitere Infos sowie den aktuellen Jahresbericht finden Sie unter www.klinik-sgm.ch.

Link zur Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF)
www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/psychiatrie.html

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätsstrategie

- Positionierung in den Leistungsaufträgen der Psychosomatik konkretisieren
- Spezialangebote aufbauen
- Schwerpunkt weiter Richtung Psychosomatik verlagern
- Ressourcen sowohl im psychiatrischen als auch im somatischen Aufgabengebiet aufbauen
- Strategisch wichtige Kooperationen fördern
- Laufende Unternehmensentwicklung.
- Sicherung sehr guter und nachhaltiger Ergebnisse.
- Gegenseitige Unterstützung und vernetztes Arbeiten über alle Abteilungen und Bereiche hinweg.

Qualitätsziele

Die Qualitätssicherung und -entwicklung;

- soll den Patientinnen und Patienten ein optimal förderndes Therapieumfeld ermöglichen
- soll Schwächen erkennen helfen und aufzeigen, wie diese in Stärken verwandelt werden können
- soll Stärken herauskristallisieren und weiter entwickeln helfen
- bindet alle Bereiche, Abteilungen und Mitarbeitenden ein

- strebt nach kontinuierlicher Verbesserung
- orientiert sich an einer pragmatischen Verhältnismässigkeit und
- erhebt standardisiert Patienten- und anderen Daten und nutzt sie für die Verbesserung der Therapie
- evaluiert laufend die Ergebnisse
- optimiert und steuert die Unternehmensentwicklung
- fördert die Gesundheit der Mitarbeitenden
- hält die gesetzlichen, staatlichen und kantonalen Vorgaben ein
- dokumentiert Arbeitsabläufe und Regelungen spezieller Situationen (z.B. Vorgehen bei Beschwerden, Suizid, u.a.)
- kooperiert mit Berufsverbänden
- gibt gegen aussen ein transparentes Bild der Arbeit in der Klinik ab.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014

- Weiterführung der Umsetzung des ärztlichen Führungsmodells
- Weiterführende Arbeiten zum Erstellen eines qualifizierten Qualitätsberichts
- Auswahl eines Qualitätsmanagement-Systems und Vorbereitungsarbeiten für dessen Einführung (Vorstellung des Modells EFQM im Stiftungsrat, Antrag zur Umsetzung)
- Erarbeitung eines neuen Leitbildes für die Klinik

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

- Umsetzung und Etablierung von systematischen Einschätzungen der Suizidalität mit evidenz-basierten Instrumenten
- Erarbeitung von Konzepten (Qualitätsstandard und Konzept Bezugspflege, Konzept spirituelle Begleitung in der Pflege)
- Einführung von Befragungen von Mitarbeitenden nach Austritt (Fragebogen)
- Anpassung von Prozessen (Prozessmanagement)
- Erarbeitung von Leitgedanken für das neue Leitbild
- Genehmigung des Antrags zur Umsetzung der laufenden Unternehmensentwicklung nach EFQM

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Fertigstellung Leitbild mit Vision, Mission und Leitsätzen
- Fertigstellung eines qualifizierten Qualitätsberichts
- Optimierung des Dokumentenmanagements (Reduktion / Optimierung von Papierformularen)
- Aufbau eines Qualitätsmanagement-Systems nach EFQM (Verpflichtung zur Excellence)
- Aufbau von gezielten Ressourcen im interdisziplinären Team (Dialektisch Behaviorale Therapie DBT Kompaktkurs 1, Team Essstörungen)
- Konzeptarbeiten (Erstellung Konzept Mutter und Kind, Anpassung und interdisziplinäre Schulung des Therapiekonzeptes)
- Etablierung von regelmässigen Zuweisendenumfragen
- Weiterentwicklung KIS mit Workflow-Prozessen

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input 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:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	25% Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Vorname, Name	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Urs Ellenberger	062 919 22 27	urs.ellenberger@klinik-sgm.ch	Leiter Qualitätsmanagement Leiter Pflege und Behandlungen
Roger Schmid	062 919 22 32	roger.schmid@klinik-sgm.ch	Leiter Qualitätssicherung Therapie Leiter AQSD und Forschung
Timon Spörri	062 919 22 15	timon.spoerri@klinik-sgm.ch	Mitarbeiter Qualitätsmanagement Leiter Finanzen und Controlling
Roman Manser	032 331 24 24	info@ombudsstelle-spitalwesen.ch	Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht:

www.klinik-sgm.ch

C1 Kennzahlen 2014

Die Kennzahlen 2014 finden Sie im aktuellen Jahresbericht.

C2 Angebotsübersicht

Angeborene medizinische Fachgebiete	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten, etc.)
Spezialversorger Psychosomatik in der Erwachsenenpsychiatrie (ambulant, teilstationär, stationär)	Coop vitality Apotheke, Langenthal Galexis AG, Niederbipp Spital SRO, Langenthal Röntgen Langenthal Praxis im Hard
Psychosomatische Rehabilitation (ambulant, teilstationär, stationär)	Coop vitality Apotheke, Langenthal Galexis AG, Niederbipp Spital SRO, Langenthal Röntgen Langenthal Praxis im Hard
Psychiatrie (ambulant)	
Psychosomatik (ambulant)	

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

Angeborene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten (ambulant / teilstationär, stationär)	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Psychotherapie	ambulant, teilstationär, stationär	
Psychologie	ambulant, teilstationär, stationär	
Mutter und Kind	stationär	
Behandlung von Essstörungen (auch intermediäre Behandlungen)	stationär	
Sozialdienst	teilstationär, stationär	
Ergo- und Gestaltungs-, Maltherapie	ambulant, stationär	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Zürich
Physiotherapie	ambulant, teilstationär, stationär	Berner Fachhochschule (BFH), Bern
Musiktherapie	ambulant, teilstationär, stationär	
Seelsorge	teilstationär, stationär	
Ernährungsberatung	stationär	Konsiliardienst



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf www.spitalinformation.ch, in der Rubrik „Angebot“.

C3 Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD -Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose	An den Standorten (ambulant / stationär)	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	ambulant	
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	ambulant	
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	ambulant	
F3	Affektive Störungen	ambulant, teilstationär, stationär	Praxis im Hard Versch. Zuweiser
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung	ambulant, teilstationär, stationär	Spital SRO AG, Langenthal Praxis im Hard Versch. Zuweiser
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	ambulant, teilstationär, stationär	Spital SRO AG, Langenthal Praxis im Hard Versch. Zuweiser In regelmässigen Austausch mit Lindenhofspital

F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	ambulant, teilstationär, stationär	Praxis im Hard Versch. Zuweiser
F7	Intelligenzminderung		
F8	Entwicklungsstörungen	ambulant	
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	ambulant, teilstationär, stationär	Praxis im Hard Versch. Zuweiser



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf www.spitalinformation.ch, in der Rubrik „Angebot“.

C3-1 Personelle Ressourcen in der Psychiatrie

Vorhandene Spezialisierungen	Anzahl Vollzeitstellen
Facharzt Allgemeine und Innere Medizin mit Fachausweis Psychosomatik	1,6
Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie	3,2
Fachpsychologen/Psychotherapeuten	2,3

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2014

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

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

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pfl egetage** im Jahr 2014 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 Pfl egetage) 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 Pfl egetage 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 und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pfl egetage
Psychosomatische Rehabilitation		123	5307

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- 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.

- ❶ 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.
- ❷ Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, nach Bedarf mit **externen Spezialisten** zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ zum Beispiel mit 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.

Eigene externe Angebote in anderen Spitälern / Kliniken	stationär	ambulant
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
Spital SRO AG, Langenthal	Intensivstation in akutsomatischem Spital	2,2 km
Spital SRO AG, Langenthal	Notfall in akutsomatischem Spital	2,2 km

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
Konsiliardienst Ernährungsberatung	Essstörungen
Dr. med. D. Hefti, Langenthal	Gynäkologie
Praxis im Hard, Dr. med. Christian Etter	Allgemeine Medizin
Röntgen Langenthal	Radiologie
Ausbildungsverantwortung für die Klinik Wysshölzli, Herzogenbuchsee	Bildung
Kooperation mit dem Alterszentrum Haslibrunnen, Langenthal	Bildung

C4-3 Personelle Ressourcen in der Rehabilitation

- ❶ Spezifische Fachärzte sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

Vorhandene Spezialisierungen	Anzahl Vollzeitstellen (stationär)
Facharzt Allgemeine und Innere Medizin mit Fachausweis Psychosomatik	0.8
Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie	0.3
Fachpsychologen/Psychotherapeuten	0.3

- ❶ Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den **diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften**.

Pflege, Therapie-, und Beratungsfachkräfte	Anzahl Vollzeitstellen (stationär)
Pflege	7.4
Ärzte	1.2
Psychologen	0.9
Physiotherapie	0.5
Ergotherapie	0.5
Sozialdienst	0.4
Seelsorge	0.3
Musiktherapie	0.2

D

Zufriedenheitsmessungen

D1 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

Für den nationalen Vergleich hat der Nationale Verein für Qualitätsentwicklungen in den Spitälern und Kliniken (ANQ) ein Kurzfragebogen konzipiert, der in der Akutsomatik und Rehabilitation eingesetzt wird. Die Messergebnisse und/oder Verbesserungsaktivitäten sind im Modul E dokumentiert.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:			Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	Stationär und in der Tagesklinik mit kontinuierlichen Messungen

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb	86,3	Durchschnittswert PoC 18 Soll-Wert von 80% wurde übertroffen
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
Stationär	86,4	Durchschnittswert PoC 18 Soll-Wert von 80% wurde übertroffen
Tagesklinik	86,2	Durchschnittswert PoC 18 Soll-Wert von 80% wurde übertroffen
<input type="checkbox"/> Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:		
<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Die Quartalsergebnisse werden mit den Verantwortlichen des Behandlungsteam analysiert. Massnahmen zur Verbesserung wurden schriftlich festgehalten und umgesetzt. Merkblätter zur Information und Vorlagen wurden zu den Themen Nachsorge, Rückfallprophylaxe, Notfallplan und Selbsthilfe erstellt und angewendet.

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
<input type="checkbox"/> PEQ			

<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input checked="" type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> PZ				
Benchmark				
<input checked="" type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument	XPsy			
Beschreibung des Instruments	<p>Die Ergebnis-Messungen erfolgen in dem eigens entwickelten Programm XPsy mit validierten Instrumenten für die Bereiche Patientenzufriedenheit, Symptom-Verbesserung, Lebensqualität, interpersonelle Probleme, existenzielle Erfüllung, Religiosität und therapeutische Beziehung intern in der Klinik SGM.</p> <p>Die Messungen des PoC 18 erfolgen bei allen Patienten bei Austritt mit insgesamt 18 Items.</p> <p>Quartalsweise Auswertung des PoC 18 Ergebnisse durch die externe Firma CareMetrics Consulting GmbH.</p>			

Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	ALLE eintretenden Patienten der Klinik SGM		
	Ausschlusskriterien	-Kognitiv nicht in der Lage -Fragebogen in Sprache nicht verfügbar -Verweigerung des Pat.		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	Gesamte Klinik: 268 Stationär: 208 Tagesklinik: 60 4. Quartal 50 TK 18 3. Quartal 52 TK 15 2. Quartal 50 TK 9 1. Quartal 56 TK 18			
Rücklauf in Prozent	82,9%			
	Stat.:90.7%			
	TK: 75,7%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patientenbefragungen – 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?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement (BM) / eine Ombudsstelle (OS).
Bezeichnung der Stelle	BM: Geschäftsführung OS: Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern
Name der Ansprechperson	BM: Richard Hebeisen OS: Roman Manser
Funktion	
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	BM: 062 919 22 11 / richard.hebeisen@klinik-sgm.ch OS: 032 331 24 24 / info@ombudsstelle-spitalwesen.ch
Bemerkungen	Beschwerdemanagement intern vorhanden Ombudsstelle extern vorhanden

D2 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?	
<input checked="" type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .	
Begründung	Bei unseren Patienten ist die direkte Messung der Patientenzufriedenheit sinnvoller

D3 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?			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2015

D4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (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?			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2006	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2015

E Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie

Die ANQ-Messvorgaben in der Psychiatrie gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Differenz zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet. Zusätzlich werden freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben, insofern eine Klinik solche einsetzt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messbeteiligung			
Der Messplan 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Erwachsenenpsychiatrie			
Symptombelastung(Fremdbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung(Selbstbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychiatrie			
Symptombelastung(Fremdbewertung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung(Selbstbewertung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen			

Da die Psychiatriekliniken sehr unterschiedliche Patientengruppen haben, lassen sich die klinikindividuellen Messergebnisse nur punktuell vergleichen. Nationale Vergleichswerte von Kliniken finden sich im Nationalen Vergleichsbericht Outcome des ANQ.

E1-1 Erwachsenenpsychiatrie

Die nationalen Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie erfolgen seit dem 1. Juli 2012.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung)
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Bemerkungen		

Symptombelastung (Fremdbewertung)

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Fremdbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹	Maximal mögliche Verbesserung
+ 7.1	6.6	- 48 Punkte	+ 48 Punkte
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Messung, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Die Anzahl auswertbarer Patientendaten beträgt: n=321 (338; 95.0%). Die Ergebnismessung (gemittelte Differenzwerte) zeigte, dass Patienten sich durchschnittlich um 7.1 Punkte verbesserten. Im Rahmen einer Standardabweichung sind dies Veränderungen von bis zu 13.2 Punkten.
Verbesserungsaktivitäten: Im Berichtsjahr wurden spezifische Schulungen bei allen Therapeuten (Ärzten und Psychologen) durchgeführt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales)

Symptombelastung (Selbstbewertung)

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten.

Klinikindividuelle Ergebnisse			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ²	Maximal mögliche Verbesserung
+ 29.6	32.4	- 212 Punkte	+ 212 Punkte
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Kommentar zur Messung, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten
Die Anzahl auswertbarer Patientendaten beträgt: n=236 (338; 69.8%). Die Ergebnismessung (gemittelte Differenzwerte) zeigte, dass Patienten sich durchschnittlich um 29.6 Punkte verbesserten. Im Rahmen einer Standardabweichung sind dies Veränderungen von bis zu 64.8 Punkten.

¹Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOS auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 12 symptombezogenen HoNOS- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

²Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim BSCL auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht der Patientin resp. des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient bei Eintritt in seiner Selbsteinschätzung komplett ohne Symptome eintritt und bei Austritt in seiner Selbsteinschätzung bei allen 53 symptombezogenen BSCL-Fragen eine totale Verschlechterung eingetreten ist. „+ 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient in der Selbsteinschätzung bei Klinikeintritt maximal symptombelastet ist und sich bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	BSCL (Brief Symptom Checklist)

Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Diese sollten selten und nur gut begründet und v.a. unter zwingender Beachtung der nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse
National vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: www.anq.ch/psychiatrie Deskriptive Angaben zur Erhebung finden sich im Kapitel F4.
Bemerkungen
Im Betriebsjahr fanden keine Freiheitsbeschränkenden Massnahmen statt.
<input checked="" type="checkbox"/> Unser Betrieb hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	EFM

E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation

Die ANQ-Messvorgaben in der Rehhabilitation gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten werden entsprechende Messinstrumente je nach Rehabilitationsart bei Ein- und Austritt eingesetzt. Die Patientenzufriedenheitsbefragung wird ebenfalls bei allen stationären Patienten durchgeführt.

Messbeteiligung			
Der Messplan 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Rehabilitation:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messungen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bereichsspezifische Messungen für			
a) muskuloskeletale Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) neurologische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) kardiale Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) pulmonale Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) andere Rehabilitationstypen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen

Erläuterung zu den einzelnen Messungen und Methoden finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Webseite des ANQ: www.ang.ch/rehabilitation

F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014

F1 Critical Incident Reporting System (CIRS)

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?

Ja, unser Betrieb hat 2007 ein CIRS eingeführt und 2012 überarbeitet (CIRS plus).

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert. Die Verantwortung des CIRS plus ist auf Stufe Klinikleitung.

Messthema

CIRS plus

Was wird gemessen?

Kritische Ereignisse, Fehler und Schäden

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

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

In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... → ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse

Anzahl Meldungen

36

Die Messung 2014 ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Unser **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Begründung

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Bei 5 Meldungen war keine Massnahme nötig wegen vorgängig optimalen Handlungen! Eine Meldung war kein CIRS sondern eine Beschwerde und eine Meldung wurde doppelt erfasst.

Von den 12 Patientenprozessen waren 4 Verlegungen aufgrund Selbstgefährdung der Pat. und 3 Verletzungen von Pat. im Sport und Spiel. Von den 12 Medikamenten-Meldungen wurden 6x Medikamente falsch eingenommen und 6x geschah ein Fehler bei der Kontrolle ohne Einnahme der Medikamente.

Es konnten 14 konkrete Verbesserungen erzielt werden (ein Auszug);

- Sensibilisierung Therapeuten und Patientendispo bezgl. Aufnahmen (Zustand Pat.) (2x)
- Information und Anweisung, dass Behandlungsvereinbarungen konsequenter umgesetzt werden
- Instruktion der Pflegenden bezgl. Medikamentenmanagement (2x)
- Prozessanpassung bei der Beschriftung der Blutentnahme-Röhrchen
- Prozessanpassung bei der Auslieferung der Medikamente durch Galexis (Abgabe)
- Neues Kontrollsystem mit Liste, Unterschrift, Vieraugenprinzip bei Spezial-Verordnungen in Küche

- Instruktion Bauleute bezgl. Verhalten
- Ersatz der Eingangstüre
- Ersatz der Fenster damit sie abschliessbar sind (im Rahmen der Sanierung)

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	CIRS plus
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitende Patienten (ambulant, teilstationär, stationär)
	Ausschlusskriterien	Keine
Bemerkungen		Meldungen beziehen sich nicht zwingend auf Situationen mit Patienten. Pro Patient kann es Mehrfachmeldungen geben.

F3 Ideenmanagement

Messthema	Ideenmanagement
Was wird gemessen?	Eingabe von Ideen durch die Mitarbeitenden

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse

Anzahl Meldungen

4

Die Messung 2014 ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Unser **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Begründung

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Das Ideenmanagement ist im Intranet unter den Vorlagen für alle Mitarbeitenden zugänglich. Die Verantwortung obliegt der Geschäftsführung. Eingehende Ideen werden laufend bearbeitet.

4 Ideen sind im Betriebsjahr über das Ideenmanagement eingegangen, wobei 3 zu einer Verbesserung führten und 2 davon mit Gutscheinen honoriert wurden. Mehrere Veränderungsanliegen gingen nicht via Ideenmanagement sondern über die Führung ein und wurden umgesetzt.

- Wanduhr im Warteraum des psychiatrischen Ambulatorium als Orientierungshilfe.
-> Wanduhr wurde installiert.

- Ein einheitliches Schmerzprotokoll soll eingeführt werden. Entwurf von MA.
-> Es bestand schon ein Protokoll. Schulung der MA und Verwendung je nach Schwerpunkt von beiden Schmerzprotokollen.
- Pikettdienst der Tagesklinik aufgrund mehrerer Nottelefonate von Tagesklinikpatienten auf Pflegeabteilungen.
-> Bessere Instruktion der Patienten und Info an Dienstarzt durch die MA der Tagesklinik. Die Leiterin der Tagesklinik kann in Notfällen angerufen werden. Situation hat sich entspannt.
- Berichte vermehrt im KIS aufschalten anstelle des Papierformats.
-> Das berechtigte Anliegen wird erst nach Installation der Workflows umgesetzt.

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Ideenmanagement
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden
	Ausschlusskriterien	Keine
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		
Bemerkungen		Ideen beziehen sich nicht zwingend auf Situationen mit Patienten.

F4 Rückmelde- und Beschwerdemanagement

Messthema	Rückmelde- und Beschwerdemanagement
Was wird gemessen?	Eingaben von Rückmeldungen und Beschwerden durch Patienten

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2014 die Messung durchgeführt?

<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse

Anzahl Meldungen

23

- Die Messung 2014 ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Unser **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
Begründung
- Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Das Rückmelde- und Beschwerdemanagement ist für alle Patientinnen und Patienten im Informationsordner zugänglich. Die Verantwortung obliegt der Geschäftsführung. Alle Rückmeldungen wurden bearbeitet und den betreffenden Patienten rückgemeldet. Massnahmen

wurden laufend festgelegt und umgesetzt oder sind noch in Arbeit.

Im Berichtsjahr sind 23 Rückmeldungen von Patienten zu diversen Themen eingegangen. Die Rückmeldungen wurden nach Lob (14x) und Kritik (21x) gegliedert. Beim Lob wurden die Mitarbeitenden (14x) sowie jeweils 2x die Themen Essen, Atmosphäre, hilfreicher Aufenthalt und Therapieangebote erwähnt. Themen bei der Kritik waren: Therapie (7), Therapieplanung (2), Behandlungskontinuität (1), Mitarbeitende (7), Immissionen (4), Bauvorhaben (1), Restaurant Öffnungszeiten (2), Vorgehen bei Notfallanrufen (1) und Diverses (7)

Daraus abgeleitet wurden Themen festgelegt und Massnahmen zur Verbesserung geplant und umgesetzt.

Massnahmen umgesetzt:

Bessere Abtrennung Bau / Betrieb, Sensibilisierung Patienten, MA, Bauleute
 Erarbeitung und Schulung Richtlinie Aufnahme- und Nothilfepflicht
 Klare Unterscheidung der Funktionen insbesondere in der Therapie
 Aufnahmeplanung sorgfältig erstellen
 Bessere Abdeckung bei Abwesenheiten von Mitarbeitenden

Massnahmen in Arbeit

Bessere Therapieplanung und -abstimmung
 Zurückhaltung bei Versprechen an Patienten
 Grundhaltung der Mitarbeitenden immer wieder überprüfen

Schulung Mitarbeitende
 Schulung Therapiekonzept

Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2014

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Rückmelde- und Beschwerdemanagement
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstitut:	

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten
	Ausschlusskriterien	Keine
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		395
Bemerkungen		

G

Registerübersicht

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.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?

<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil.
Begründung	Infektionskrankheiten kommen bei uns nicht oder nur sehr selten vor.

H

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
H+ Rahmen-Vertrag Arbeitssicherheit (EKAS)	Gesamte Klinik	2002	2011	
QUALAB	Labor	2003	2010	
Swiss GAAP FER	Gesamte Klinik	1. Anwendung 2013		Rechnungslegungsstandard

H2 Übersicht überlaufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Labor	Qualab für verlässliche Labor-Ergebnisse	Gesamte Klinik	aktiv
KIS (digitales Krankenhaus Informationssystem)	Standardisierte Verlaufsdokumentation, elektronische Medikation, Terminkalender Dateien, Formulare, Vorlagen	Gesamte Klinik	aktiv
Patienten-Befragung / Ergebnis-Messung: Therapie, Übergeordnetes und Berufsgruppen	mit validierten Instrumenten für Patienten-Zufriedenheit, Symptomveränderung, Lebensqualität, interpersonelle Probleme, existenzielle Erfüllung, Religiosität, therapeutische Beziehung	Gesamte Klinik	aktiv
Risk-Management mit unserem Versicherungsbroker Swissbroke	Gewährleistung optimale Versicherungsdeckung	Gesamte Klinik	aktiv
IKS mit Risikobeurteilung	Risiken erkennen und bewerten Massnahmen zur Reduktion festlegen und durchführen	Gesamte Klinik	aktiv
Prozessmanagement	Schlankere Prozesse Laufende Aktualisierung, Erhebung und Verbesserung der Prozesse	Gesamte Klinik	aktiv
Vereinheitlichung Formulare	Bessere Übersicht	Gesamte Klinik	aktiv
SIGE H+ Branchenlösung	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamte Klinik	aktiv
EKAS H+ Branchenlösung	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamte Klinik	aktiv
Intranet	Informationen können an einem zentralen Ort geholt werden	Gesamte Klinik	aktiv

Mitarbeiter-Befragung	Erfassung Organisationsklimas (FEO), 88 Items alle 2 Jahre Bereichsspezifische Diskussion der Ergebnisse mit allen Kadern Erarbeitung entsprechender Massnahmen	Gesamte Klinik	aktiv
Ärztliches Führungsmodell	Verbesserte Führungsstruktur Ressourcengerechte Verteilung der Führungsaufgaben Vertretungen sind geregelt Klare Ansprechpersonen Stärkung der Basis	Gesamte Klinik	aktiv
Erarbeitung Leitbild	Leitgedanken mit Erläuterungen prägen unsere Strategie und Kultur	Gesamte Klinik	aktiv
Systematische Einschätzungen der Suizidalität	Systematische, flächendeckende evidenzbasierte Einschätzungen aller eintretenden Patienten zur Verminderung des Suizidrisiko's.	Teilstationär und stationär	aktiv
Recovery-Plan	Verbesserter Umgang mit Einschränkungen oder der Krankheit sowie verbesserte Vorbereitung auf den Austritt	Stationär	aktiv
Angebote für Zusatzversicherte	Klare Beschreibung der Angebote unserer Klinik für allgemein, halbprivat und privat versicherte Patienten	Stationär	aktiv
Konzept Mutter und Kind	Klare Beschreibung von Inhalten und Rahmenbedingungen. Festlegung von Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortung und Arbeitsabläufen.	Stationär	aktiv
Rahmenkonzept Essstörungen	Ziele sind festgelegt Inhaltliches Konzept besteht. Rahmenbedingungen (Mitarbeiterprozente, Aufbau von Ressourcen, Finanzen, Angebot, Zeitplan usw.) sowie Aufgaben und Arbeitsabläufe sind festgelegt.	Abteilung 1.OG	aktiv

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden wichtige, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) genauer beschrieben.

Projekttitlel	Ärztliches Führungsmodell	
Projektart	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziele	Verbesserte Führungsstruktur Ressourcengerechte Verteilung der Führungsaufgaben Vertretungen sind geregelt Klare Ansprechpersonen Stärkung der Basis	
Beschreibung	Die neue Führungsstruktur besteht aus Chefarzt (CA) und zwei Leitenden Ärzten (Leitender Arzt Stationäre Dienste und Leitender Arzt Ambulante Dienste), einem therapeutischen Leitungsteam und einem ärztlichen Sekretariat unter der Leitung der Chefarztsekretärin. Ein Therapeutisches Leitungs-Team (TLT) mit Chefarzt, Leitenden Ärzten, Oberärzten, Leiterin Tagesklinik und Leiter AQSD und Forschung entstand. Regelmässige Besprechungen um Inhalte, Angebote, Führung und Konzepte fanden statt. Stellenbeschriebe wurden erstellt, Aufgaben umverteilt, Vertretungen geregelt und klare Ansprechpersonen definiert. Im Ambulatorium konnten Gefässe für Coaching, Kommunikation und Führung eingeführt und umgesetzt werden. Durch eine erhöhte Präsenz und Kontinuität in der Führung gelang es die Basis zu stärken.	
Projekttablauf / Methodik	Neue ärztlich-therapeutische Führungsstruktur Anpassung Organigramm Bildung eines Therapeutischen Leitungs-Teams Einführung von Gefässen für Kommunikation, Führung und inhaltliche Entwicklung. Integration der Chefarztsekretärin Einzelgespräche / Führungsgespräche Regelmässige Besprechungen und Retraiten Erstellung von Stellenbeschrieben für den Stv. Chefarzt Ärztliches Führungsmodell ist ein regelmässiges Traktandum in Klinikleitungs-Sitzungen Reporting an Stiftungsratssitzungen Regelmässiges Thema an Informationsveranstaltungen für Mitarbeitende Abstimmung der Aufgaben zwischen Chefarzt und Stv. Chefarzt Koordination von Aufgaben, Präsenzen, Absenzen (CA, Stv. CA, CA-Sekretärin) Laufende Entwicklung und Überprüfung der Zusammenarbeit und bisherigen Resultate.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb. <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Ärztlich-therapeutischer Bereich	
Involvierte Berufsgruppen	Kadermitarbeitende ärztlich-therapeutischer Bereich, Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen, Chefarztsekretärin, Klinikleitung, Stiftungsrat und zur Information alle Mitarbeitenden	
Projektevaluation / Konsequenzen	Die Umsetzung des ärztlichen Führungsmodells führte zu einer verbesserten Führung mit mehr Durchlässigkeit, einer höheren Kontinuität und Präsenz und daraus folgernd zu einer Stärkung der Basis. Aufgaben wurden ressourcengerecht verteilt und Zuständigkeiten sowie Ansprechpersonen festgelegt. Aufgaben, Präsenzen und Absenzen sind koordiniert und Vertretungen geregelt. Insgesamt wurde dadurch die Führungsqualität verbessert.	
Weiterführende Unterlagen	Therapiekonzept Klinik SGM Langenthal Stellenbeschreibungen	

Projekttitlel	Suizidalitätskonzept	
Projektart	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Im Suizidalitätsmanagement sind Aufgaben definiert und Abläufe festgelegt.	
Beschreibung	Ein Suizidalitätskonzept mit allgemeiner Beschreibung, spiritueller Dimension, Grundhaltungen und Festlegung von Aufgaben wurde erstellt, geschult und umgesetzt. Nebst den systematischen Einschätzungen der Suizidalität legten wir fest, welche Aufgaben schwerpunktmässig nach einem Suizidversuch anstehen. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung konnten festgelegt und ein Prozessablauf definiert werden. Nach einer interdisziplinären Schulung (Ärzte, Psychologen, Pflege) über das Vorgehen bei einem Suizidversuch (Einzelgespräch, Suizideinschätzungen, Analyse anhand eines vorgegebenen Rasters, Anmeldung im ASSIP, Einsatz des Care-Teams) erfolgte die Umsetzung.	
Projekttablauf / Methodik	Bildung einer Arbeitsgruppe Pflegequalität Eine Person erhält den Lead Regelmässige Sitzungen zur Konsolidierung und Steuerung Einzelgespräche zur weiteren Entwicklung Konsolidierung und 1. Entwurf Anpassungen und 2. Entwurf Interdisziplinäre Schulung Zur Kenntnisnahme der Klinikleitung Umsetzung seit 01. September 2014	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb. <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Pflegeabteilungen, Pflege, Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen	
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Interdisziplinäre Schulung an Pflege, Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen und Spezialtherapeuten	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Arbeit führte durch definierte Aufgaben und klaren Abläufen zu mehr Sicherheit, Klarheit und Transparenz sowie zu einer Qualitätserhöhung.	
Weiterführende Unterlagen	-Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) Cutcliffe & Barker 2004 -SSF-II, German Version, Copyright David A. Jobes, Ph.D. All Rights Reserved. Übersetzung W. Gekle/K. Michel -Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP), Gysin-Maillart & Michel 2013	

Projekttitlel	Bezugspflege Qualitätsstandard und Konzept	
Projektart	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Verbesserungen in Inhalt und Vorgaben in der Bezugspflege	
Beschreibung	Ein Qualitätsstandard mit Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien wurde erstellt. Angelehnt an den Qualitätsstandard von Abderhalden & Needham (2000) wurden abteilungsbezogenen Anpassungen und Ergänzungen gemacht. Im Konzept wurden ausgewählte Themen differenzierter beschrieben und deutlicher ausgeführt.	
Projekttablauf / Methodik	Bildung einer Arbeitsgruppe Pflegequalität Eine Person erhält den Lead Regelmässige Sitzungen zur Konsolidierung und Steuerung Einzelgespräche zur weiteren Entwicklung	

	Konsolidierung und 1. Entwurf Anpassungen und 2. Entwurf Vernehmlassung auf den Abteilungen mit Instruktionen durch die Pflegeexpertin an den Teamsitzungen Verarbeitung aller Rückmeldungen Zur Kenntnisnahme der Klinikleitung Schulung und Umsetzung In Kraft seit 01.12.2014
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb. <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Pflegeabteilungen stationär
Involvierte Berufsgruppen	Pflege Interdisziplinäre Kurzschulung an Ärzte, Psychologen und Spezialtherapeuten
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Arbeit führte durch festgelegte Aufgaben zu einer höheren Transparenz und Klarheit. Auch wurden Aufgabengebiete erweitert (z.B. Angehörigenarbeit) und eine Klärung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der Bezugspflege erreicht.
Weiterführende Unterlagen	-Qualitätsstandard von Abderhalden C. & Needham I. (2000) – Südhaldepreis 2000.

Schlusswort und Ausblick

Zusammenfassung 2014

Das Betriebsjahr war geprägt durch die Bauphase während laufendem Vollbetrieb. Das Restaurant wurde erweitert und im Erdgeschoss des Anbaus fand eine Hausarzt-Gruppenpraxis sowie das Röntgen Langenthal Platz. Auf den oberen Etagen des Anbaus entstanden insgesamt acht Einzelzimmer und zwei Zweierzimmer sowie acht Therapeutenbüros. Die Einweihungsfeierlichkeiten für Restaurant, Praxis im Hard und Röntgen Langenthal fanden am 01. September 2014 statt.

Nebst der herausfordernden Anbau- und Sanierungsphase führten wir die qualitätssichernden Massnahmen und die Unternehmensentwicklung in der Klinik SGM Langenthal weiter. Das ärztliche Führungsmodell konnte mit zwei neuen Leitenden Ärzten und einer geregelten Stellvertretung des Chefarztes gestärkt werden. Wir führten Kooperationsprojekte durch mit dem Ziel einer integrierten Versorgung. Behandlungskonzepte wurden er- oder überarbeitet und das Therapieangebot ausgebaut. Im Prozess der Leitbildentwicklung erarbeiteten wir Leitgedanken.

Die Arbeiten zum Erstellen eines qualifizierten Qualitätsberichtes wurden weiter geführt. Auch vorbereitende Arbeiten zur Auswahl eines Qualitätsmanagement-Systems sind erfolgt. Im November entschied der Stiftungsrat nach dem Modell EFQM zu arbeiten um die Klinik laufend weiter zu entwickeln.

Ausblick

Die strategischen Hauptthemen im Betriebsjahr 2015 bilden die Weiterführung der Operationalisierung der Leistungsaufträge und der Umsetzung des Ärztlichen Führungsmodells, die Entwicklung und Konzeptualisierung der Spezialangebote Essstörungen sowie Mutter und Kind. Des weiteren Kooperationen, Abschluss Sanierung der Klinik mit Einweihungsfeierlichkeiten

und Fertigstellung des Leitbildes.

Weitere Qualitätsschwerpunkte bilden folgende Themen ab;

- Fertigstellung des neuen Qualitätsberichtes
- Umsetzung des Managementsystem EFQM
- Weiterführung der Arbeitsgruppe Dokumentenoptimierung
- Überarbeitetes Therapiekonzept wird geschult
- Pflegeentwicklung (Schulung und Umsetzung Konzept spirituelle Begleitung, Pflegeassessment, Nachsorgemanagement, Aggressionskonzept)
- Schnittstellen-Integration - externe Daten ins interne KIS (Klinikinformationssystem)
- Workflow-Prozesse im KIS integrieren
- Weiterführung Zertifizierung REKOLE

Langenthal, 27. März 2015, Urs Ellenberger, Leiter Qualitätsmanagement, Klinik SGM Langenthal

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/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Fachbereiche betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



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/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.



Die Qualitätsmessungen des ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW).