

Klinik SGM Langenthal



Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+



Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2017.

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 Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot 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 Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2017

Frau
Susann Forner
Beauftragte Qualitätsmanagement
062 919 2339
susann.forner@klinik-sgm.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	19
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	20
QUALITÄTSMESSUNGEN	21
Befragungen	22
5 Patientenzufriedenheit	22
5.1 Eigene Befragung	22
5.1.1 PoC 18	22
5.1.2 Zufriedenheit über Berufsgruppen	24
5.2 Beschwerdemanagement	25
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	26
7.1 Eigene Befragung	26
7.1.1 Mitarbeiterumfrage	26
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	27
9 Wiedereintritte	27
9.1 Eigene Messung	27
9.1.1 Wiedereintritte innert 18 Tagen	27
10 Operationen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
11 Infektionen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
12 Stürze	28
12.1 Eigene Messung	28
12.1.1 Sturzprotokoll	28
13 Wundliegen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	29
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	29
15 Psychische Symptombelastung	30
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	30

15.2	Eigene Messung	32
15.2.1	Lebensqualität (Patienten-Selbsteinschätzung).....	32
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand.....	33
16.1	Eigene Messung	33
16.1.1	Körperliche Symptombelastung GBB (Selbsteinschätzung).....	33
16.1.2	Schwere der Beeinträchtigung BSS (Fremdeinschätzung).....	35
17	Weitere Qualitätsmessung	36
17.1	Weitere eigene Messung	36
17.1.1	Patientenrückmeldungen / Beschwerden.....	36
18	Projekte im Detail	37
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	37
18.1.1	Projekt "Führung in der Klinik SGM Langenthal"	37
18.1.2	Weiterentwicklung der Ambulatorien.....	38
18.1.3	Masterplan IT	39
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	40
18.2.1	Prozessüberprüfung, -aktualisierung und -ergänzung	40
18.2.2	Relaunch Corporate Website	41
18.2.3	Überarbeitung des Bezugspersonenkonzeptes	42
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	43
18.3.1	Rezertifizierung der Klinik SGM Langenthal als Weiterbildungsstätte der SAPPM	43
18.3.2	Rezertifizierung der Klinik SGM Langenthal als Weiterbildungsstätte der FMH	44
19	Schlusswort und Ausblick	45
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		46
Psychiatrie		46
Rehabilitation.....		46
Anhang 2		
Herausgeber		49

1 Einleitung

Beschrieb Klinik SGM Langenthal

Die Klinik SGM Langenthal ist eine anerkannte, **christliche Fachklinik für Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie mit stationären und ambulanten Behandlungsangeboten** in Trägerschaft der Stiftung für ganzheitliche Medizin (SGM).

Es werden Patientinnen und Patienten aus einem überregionalen Einzugsgebiet behandelt und betreut. Unsere Klinik möchte ihnen den nötigen Schutz und die Geborgenheit für eine umfassende Genesung bieten.

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 stationäre Abteilungen mit 38 Betten sowie ein psychiatrisches Ambulatorium an 2 Standorten. Insgesamt beschäftigt die Klinik rund 130 Mitarbeitende.

Der Kanton Bern (Spitalliste 2012) hat uns zwei stationäre Leistungsaufträge erteilt:

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

Unser Leistungsangebot umfasst das gesamte Spektrum psychosomatischer Erkrankungen. Aufgrund der Vorgaben sind Menschen mit Drogen- und Alkoholproblemen sowie mit Problemen aus dem schizophrenen Formenkreis von der Aufnahme ausgeschlossen. Dasselbe gilt bei fremd- oder selbstgefährdendem Verhalten ohne Absprachefähigkeit oder dem Vorliegen erheblicher hirnorganischer 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. Es gibt keine Einschränkungen bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten in Bezug auf ihren religiösen oder kulturellen Hintergrund.

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 umgesetzt. Das Ärztliche Führungsmodell wurde angepasst und der Schwerpunkt sorgfältig in Richtung Psychosomatik verlagert.

Relevante Informationen zum Betriebsjahr 2017

Im Betriebsjahr 2017 standen als strategische Hauptthemen die Umsetzung der Mehrjahresplanung sowie die Unternehmensentwicklung im Vordergrund. Ein umfassender Strategiereview führte zu neuen Gewichtungen, die in den kommenden Jahren umgesetzt werden.

Um die Klinik "zukunftsfit" zu machen, wurden zudem alle vorhandenen Prozesse überprüft, bei Bedarf angepasst und in einer Prozesslandkarte erfasst. Auf Kaderebene wurde zur Verbesserung der Schlüsselkompetenzen das Thema Führung intensiv bearbeitet und geschult. Im Ergebnis verfügen wir nun über ein aktuelles und für den Führungsalltag taugliches Instrument. Das SGM Ambi Bern konnte sich erfreulicherweise gut etablieren und ist inzwischen voll ausgelastet. Die angestrebten

Ziele konnten erreicht werden.

Der anstehende Wechsel des CEOs infolge Pensionierung wurde während des gesamten Jahres bestmöglich vorbereitet, um angesichts der vielfältigen Herausforderungen einen reibungslosen Übergang zu gewährleisten. Im Jahr 2017 erarbeitete die Gesundheits- und Fürsorgedirektion zusammen mit den Leistungserbringern die Bedingungen für die Spitalisten 2018. Die Klinik SGM Langenthal hat sich bei den Spitalisten Psychiatrie und Rehabilitation engagiert. Noch 2017 erfolgte die Bewerbung für Leistungsaufträge auf der Spitalliste Psychiatrie 2018. Das Bewerbungsverfahren für die Spitalliste Rehabilitation ist für 2018 geplant.

Zusammenfassung Qualität 2017

Im vergangenen Jahr wurden die begonnenen Qualitätsprojekte weitergeführt und zum Teil abgeschlossen, parallel wurden die Abläufe auf weiteres Verbesserungspotential hin überprüft. Daraus entstanden neue Projekte, die uns über das Jahr 2017 hinaus begleiten werden.

Die Weiterentwicklung des Klinik-Information-Systems (KIS) brachte im Verlauf des Jahres deutliche Verbesserungen in den Abläufen, einen vereinfachten und schnellen Zugriff auf die Patientendaten und mit Einführung des Auftrags-Moduls eine effizientere Verteilung der Aufgaben an die jeweiligen Zielpersonen oder -gruppen. Die datenschutzkonform verschlüsselte Kommunikation mit externen Partnern wie Spitälern, Zuweisern und Versicherern wurde mit dem Anschluss der Klinik an die HIN-Plattform ermöglicht und verringert den Bearbeitungsaufwand von Dokumenten deutlich. Im Bereich Marketing durften wir mit der Aufschaltung einer neuen, modernen und nutzerfreundlichen Website einen Meilenstein feiern. Im Bereich Prozessmanagement konnte die Überprüfung sämtlicher klinikinterner Prozesse abgeschlossen werden. Bereits vorhandene Dokumente wurden sukzessive auf korrektes Layout und Zuständigkeit geprüft und im Dokumentenmanagement den jeweiligen Zielgruppen zugänglich gemacht. Für neue Dokumente gilt nun ein einheitliches Qualitätslevel.

Im Bereich der Qualitätssicherung wurde ein Projekt zur Implementierung eines neuen Fragebogens für die Rehabilitation nach ANQ-Vorlage gestartet, das Ende des Jahres 2017 abgeschlossen wurde.

Neben diesen speziellen Projekten sichern wir die Qualität unserer Arbeit mit regelmässigen Schulungen des Fachpersonals, speziellen Weiterbildungen zum Therapiekonzept sowie mit Instrumenten wie CIRS, Messungen der Behandlungsqualität, Patientenzufriedenheitsmessungen, Ideen-, Rückmelde- und Beschwerdemanagement.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organisation des Qualitätsmanagements

Ein Kadermitglied verantwortet das Qualitätsmanagement. Die Mitglieder der Klinikleitung bilden den Qualitätsausschuss.

Das Qualitätsmanagement gliedert sich in 3 Teile:

- Allgemeine Qualitäts- und Unternehmensentwicklung
- Therapeutische Qualitätssicherung
- Nichttherapeutische Qualitätssicherung

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **0,25** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Susann Forner
Beauftragte Qualitätsmanagement
Klinik SGM Langenthal
062 919 23 39
susann.forner@klinik-sgm.ch

Herr Nathan Keiser
CEO
Klinik SGM Langenthal
062 919 23 11
nathan.keiser@klinik-sgm.ch

Herr Timon Spörri
Leiter Finanzen und Controlling
Klinik SGM Langenthal
062 919 22 15
timon.spoerri@klinik-sgm.ch

Frau Karin Ortega Sierra
Leiterin Abteilung für Qualität und Diagnostik
Klinik SGM Langenthal
062 919 23 69
karin.ortegasierra@klinik-sgm.ch

3 Qualitätsstrategie

Leitsatz „Gott sandte sein Wort und machte sie gesund“ (Psalm 107,20).

Vision

Die Klinik SGM Langenthal ist eine Oase, in der kranke Menschen in Lebenskrisen einen geschützten Raum für Genesung und Veränderung finden. Alle Menschen werden in ihrer Würde wertgeschätzt. Unser Handeln basiert auf christlichen Werten. Das Therapiekonzept geht von einem ganzheitlichen Ansatz aus und hat Modellcharakter.

Mission

Als anerkannte Fachklinik mit stationären und ambulanten Angeboten behandeln wir Menschen mit psychosomatischen und psychischen Erkrankungen. Wir setzen die Leistungsaufträge des Kantons Bern in einem überregionalen Einzugsgebiet um. Wir nehmen den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit (physisch, psychisch, sozial, geistlich) wahr und stimmen die Behandlung individuell auf ihn ab. Die Klinik zeichnet sich durch hohe Professionalität, sehr gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und einen familiären Rahmen aus. Wir übernehmen Verantwortung als attraktive Arbeitgeberin und Weiterbildungsstätte.

Qualitätsstrategie

- Leistungsaufträge in der Psychosomatik umsetzen
- Spezialangebote und Schwerpunkte aufbauen
- 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
- erhebt standardisiert Patienten- und andere Daten und nutzt sie für die Verbesserung der Therapie
- evaluiert permanent 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.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

- Abschluss Strategiereview
- Prozessüberprüfung, -aktualisierung und -ergänzung
- Relaunch Website der Klinik

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

- Umsetzung des Masterplans IT (Verschlüsselung des E-Mail-Verkehrs via HIN-Plattform, Verknüpfung der Patientenakte mit dem Berichtswesen, Start Aufgabenmodul innerhalb des Klinikinformationssystems KIS)
- Projekt "Führung in der Klinik SGM Langenthal"
- Durchführung einer Mitarbeiterumfrage
- Vorbereitung auf TARPSY
- Weiterbearbeitung des Therapiekonzeptes
- Erstellung einer neuer Aufgabenmatrix für die Führung der stationären bzw. ambulanten Dienste
- Durchführung einer klinikweiten Datenschutzerhebung
- Überarbeitung von Prozessen und Konzepten

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Operationalisierung und Umsetzung der Aufgaben aus dem Strategiereview
- Digitalisierung / Umsetzung des Masterplans IT
- Bündelung von Diagnostik, Datenerfassung und QM-Daten zu einer multiprofessionellen Standortbestimmung als Grundlage der Behandlungsplanung
- EFQM - nächste Schritte und Umsetzung von Projekten aus dem Committed to Excellence
- Weiterentwicklung des Prozessmanagements

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)
– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

Bemerkungen

Neben den nationalen Qualitätsmessungen führen wir diverse computergestützte Ergebnismessungen mit dem Programm XPsy durch. Mit validierten Instrumenten für die Bereiche Patientenzufriedenheit, Psychosymptomatik, Lebensqualität, interpersonelle Probleme, existentielle Erfüllung, Religiosität und therapeutische Beziehung überprüfen wir laufend unsere Behandlungsqualität.

Die Messung der Patientenzufriedenheit mit dem PoC 18 erfolgt bei allen Patienten bei Klinikaustritt und umfasst insgesamt 18 Items. Die PoC 18 Ergebnisse werden quartalsweise durch die externe Firma *CareMetrics Consulting GmbH* ausgewertet.

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PoC 18 ▪ Zufriedenheit über Berufsgruppen
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitarbeiterumfrage
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wiedereintritte innert 18 Tagen
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sturzprotokoll
<i>Psychische Symptombelastung</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebensqualität (Patienten-Selbsteinschätzung)
<i>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Körperliche Symptombelastung GBB (Selbsteinschätzung) ▪ Schwere der Beeinträchtigung BSS (Fremdeinschätzung)
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenrückmeldungen / Beschwerden

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Neue Aufgabenmatrix Führung Stationäre / Ambulante Dienste

Ziel	Verstärkung der Führung trotz Ärztemangel; Verteilen der Führungsaufgaben auf geeignete Fachpersonen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Stationäre und Ambulante Dienste
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Januar - November 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Fachärztemangel zwingt dazu, Führungsaufgaben möglichst durch andere Berufsgruppen abzudecken. Umsetzung: Geschäftsführermodell mit einer Fachperson mit betriebswirtschaftlichem Hintergrund im ambulanten Bereich, Tandemführung einer Psychotherapeutin und dem Stationsleiter Pflege im stationären Bereich.
Methodik	Modellevaluation, Evaluation Personen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Psychologen/Psychotherapeuten, Pflegefachpersonen, Administration
Evaluation Aktivität / Projekt	Andauernde Überprüfung und Weiterentwicklung
Weiterführende Unterlagen	Funktionendiagramme Stationäre und Ambulante Dienste

Abschluss Strategiereview und -planung

Ziel	Strategieüberprüfung und daraus abgeleitet eine Umsetzungsplanung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Strategieüberprüfung = Stiftungsrat und Klinikleitung; Umsetzungsplanung = Klinikleitung
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Herbst 2016 - Mai 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die rasanten Entwicklungen im gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Umfeld verlangen eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der Strategie. Der Abschluss der Bau- und Sanierungsphasen, die Verjüngung des Stiftungsrates sowie der bevorstehende Wechsel der Geschäftsführung boten Gelegenheit, eine Standortbestimmung zu machen und nächste Schritte in der Entwicklung zu überdenken und zu planen.
Methodik	Aufgrund Leitsatz, Vision und Mission erfolgte die SWOT-Analyse, die Entwicklung der strategischen Positionierung sowie der Schlüsselthemen für die Strategieumsetzung mit drei Horizonten.
Involvierte Berufsgruppen	In der Entwicklung und Planung: Stiftungsrat und Klinikleitung. In der Umsetzung: alle Berufsgruppen.
Evaluation Aktivität / Projekt	Verabschiedung Umsetzungsplanung und erste Projekte durch den Stiftungsrat, laufendes Reporting durch die Projektleitenden im Stiftungsrat und Genehmigung nächster Schritte.
Weiterführende Unterlagen	Interne Unterlagen Strategie 2018

Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes

Ziel	Aktualisierung eines schlüssigen und (intern) kommunizierbaren therapeutischen Konzeptes und Mitarbeiterschulungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017/2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Einheitliche Standards für die therapeutische Arbeit
Methodik	Befragung und Einbezug vieler an der Patientenarbeit Beteiligter und Erstellung des Konzeptes.
Involvierte Berufsgruppen	Alle mit Schwerpunkt Therapie
Evaluation Aktivität / Projekt	Jährliche Überprüfung
Weiterführende Unterlagen	Therapiekonzept der Klinik SGM Langenthal

Durchführung einer klinikweiten Datenschutzerhebung

Ziel	Kenntnisse über den aktuellen Stand bezüglich Einhaltung der auf uns als Privatklinik mit Leistungsaufträgen des Kantons Bern anwendbaren Datenschutzgesetze und -verordnungen mit dem Ziel, allfällige Lücken im Hinblick auf die EU-DSGVO zu schliessen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	September 2016 - April 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Datenschutzerhebung, um einen Überblick über die wesentlichen Problemfelder bezüglich Einhaltung des Datenschutzes zu erhalten und Gegenmassnahmen zu ergreifen.
Methodik	Auf die einzelnen Abteilungen und Bereiche der Klinik SGM Langenthal zugeschnittene Checklisten zur Datenschutzerhebung.
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Datenschutzerhebung ist abgeschlossen, die Problemfelder sind bekannt. Massnahmen wurden umgesetzt, sind in Arbeit oder Planung.
Weiterführende Unterlagen	Datenschutzhandbuch

Relaunch Corporate Website

Ziel	Eine neue, moderne, kundenorientierte und interaktive Website als Dienstleistungsplattform, die den heutigen Anforderungen entspricht und ein professionelles Corporate Image gewährleistet.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Marketing
Projekte: Laufzeit (von...bis)	August 2016 - August 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
Begründung	Anpassung der Website an die veränderten Kundenbedürfnisse und Modernisierung der Technologie
Methodik	Risikoanalyse, Vorprojekt, Konzeption, Planung und Umsetzung mit monatlichen Projektstatusreports, Evaluation
Involvierte Berufsgruppen	Marketing, IT, Finance
Evaluation Aktivität / Projekt	Testing intern und durch externen Partner, regelmässige Überprüfung der Funktionalität und Aktualisierung der Inhalte
Weiterführende Unterlagen	Webkonzept und Webdesign

Vorbereitungen für TARPSY

Ziel	Umsetzung der Vorgaben zur Abrechnung nach neuem Tarifsysteem TARPSY
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Stationär
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab Juni 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Per 1.1.18 wird das Abrechnungssystem in der Psychiatrie umgestellt.
Methodik	TARPSY
Involvierte Berufsgruppen	Alle stationär tätigen Mitarbeiter
Evaluation Aktivität / Projekt	Gem. Vorgaben SwissDRG
Weiterführende Unterlagen	Dokumentation "Benutzerhandbuch KIS: DDC-Modul"

Optimierung der Dokumentation im Bereich Therapie

Ziel	Alle Daten sind frühestmöglich für alle relevanten Personen verfügbar; Berichte verlassen fristgerecht in bester Qualität das Haus.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Therapie, IT
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit April 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Eine vollständige und zeitgerechte Dokumentation des Behandlungsverlaufs führt zu einem deutlich verbesserten und fristgerechteren Versand von Berichten und anderen Dokumenten.
Methodik	Überprüfung der Abläufe, Automatische Übernahme des Inhalts der Patientenakte in die Berichte, Controlling der Fristen (Berichte)
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Therapeuten, Sekretariat
Evaluation Aktivität / Projekt	Fortlaufendes Controlling
Weiterführende Unterlagen	Patientenakte, Controlling-Tools

Hygienekonzept

Ziel	Professioneller Umgang mit dem Thema Hygiene
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Stationär und Ambulant
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Dauerhaft - Start 2017, Konzeptfertigstellung Februar 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Sicherstellung eines Hygienestandards
Methodik	Erstellung eines Hygienekonzeptes, Schulungen
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Jährliche Überprüfung
Weiterführende Unterlagen	Unterlagen des Robert-Koch-Institutes, Pflegestandards SGM, Reinigungspläne SGM, Hygienekonzept

Schaffung eines multiprofessionellen Arbeitsgefäßes: Therapiekonferenz

Ziel	Kurze Kommunikationswege, zielgerichtete Zusammenarbeit aller Fachpersonen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Juli 2017 -
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Der Austausch aller an der Therapie beteiligten Fachpersonen über organisatorische Fragen führt zu kurzen Kommunikations- und Entscheidungswegen, einheitlichen Abläufen und einer höheren Effizienz. Alle einbezogenen Mitarbeitenden erhalten zur selben Zeit dieselben Informationen.
Methodik	Monatliche Therapiekonferenzen
Involvierte Berufsgruppen	Fachpersonen aus der gesamten Klinik
Evaluation Aktivität / Projekt	Mit Schaffung dieses multiprofessionellen Arbeitsgefäßes konnten die Kommunikationswege deutlich verkürzt werden. Bei Unklarheiten oder Diskussionsbedarf kann nun sofort reagiert werden. Alle in die Therapie involvierten Mitarbeitenden sind auf demselben Informationsstand.
Weiterführende Unterlagen	Protokolle Therapiekonferenz.

Projekt "Führung in der Klinik SGM Langenthal"

Ziel	Verbesserung der Führungskompetenzen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Kader
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Januar - November 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Arbeit an und mit den Führungsgrundsätzen der Klinik SGM Langenthal mit dem Ziel, die Führungskompetenzen und deren Anwendung im Arbeitsalltag in den Fokus zu rücken.
Methodik	Workshops, Ausarbeitung eines Papiers "Führung in der Klinik SGM Langenthal"
Involvierte Berufsgruppen	Alle Kadermitarbeitenden
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Führungsgrundsätze wurden überarbeitet und in die Dokumentation der Beruflichen Standortbestimmung (BSB) integriert. Als Ergebnis aus den Kaderworkshops entstand ein übersichtliches und anwendbares Arbeitspapier für alle Kadermitarbeitenden.
Weiterführende Unterlagen	"Führung in der Klinik SGM Langenthal", Dokumentationsvorlage Berufliche Standortbestimmung (BSB)

Prozessüberprüfung, -aktualisierung und -ergänzung

Ziel	Prozesshandbuch mit Übersicht aller aktuellen und verbindlichen Prozesse
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	April 2017 - Mai 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Zur Vorbereitung eines effizienten Prozessmanagements war die Überprüfung, Aktualisierung und Ergänzung der vorhandenen Prozesse notwendig.
Methodik	Überprüfung, Aktualisierung und Ergänzung der Prozesse. Erstellen einer Prozesslandkarte bzw. eines Prozesshandbuches, Definition von Prozesseignern und Prozessverantwortlichen, Verankerung von Prozessen und zugehörigen Dokumenten.
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeitenden mit Führungsverantwortung
Evaluation Aktivität / Projekt	Jährliche Überprüfungen
Weiterführende Unterlagen	Prozesslandkarte, Prozesshandbuch

Konzept Bezugspflege

Ziel	Kontinuität und Professionalisierung der Bezugspflege
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Stationär
Projekte: Laufzeit (von...bis)	dauerhaft
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Kontinuierliche und professionelle Bezugspflege als Qualitätsmerkmal in der Pflege
Methodik	Konzept und Standard Bezugspflege
Involvierte Berufsgruppen	Pflegfachpersonen
Evaluation Aktivität / Projekt	Jährliche Überprüfung
Weiterführende Unterlagen	Konzept Bezugspflege

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2007 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

Bemerkungen

Im Betriebsjahr wurden 49 CIRS-Meldungen dokumentiert, davon 34 mit persönlichen Angaben und 15 anonyme Meldungen.

13 Patientenergebnisse

12 Medikamente

2 Arbeitssicherheit

7 Zusammenarbeit/ Kommunikation

5 Organisation/ Abläufe

3 Technik/Garten

7 Andere

Bei 12 Meldungen war keine Massnahme nötig wegen vorgängig optimaler Handlungen. Es wurden 27 konkrete Verbesserungen erzielt. Nachfolgend sind die wichtigsten aufgeführt:

- ¼ - Regelung = max. 1/4 der Patientengruppe darf einen erhöhten Betreuungsaufwand aufweisen (z. B. Mutter-Kind-Programm, Patienten mit Essstörungen, suizidale Patienten)
- Schriftliche Weisung des Chefarztes: keine Medikamentenänderung ohne Besprechung mit dem Patienten
- Patienten mit gleichem Namen: ein Name wird immer mit Leuchtstift markiert
- Medikamentenverordnung im KIS: Pop up-Fenster als Erinnerung an die Pflege, dass ein Medikament neu verordnet wurde. Zeitkritische Verordnungen teilt der Arzt zusätzlich telefonisch der Pflege mit.
- Anpassung Pikett- Richtlinien Ärzte
- Mobiler Notfallknopf für Physiotheteam: Alarm geht direkt vom Therapiebad auf die Stationen
- Änderungen am Dienstplan der Ärzte / Therapeuten sind unmittelbar im Dienstplan eintragen zu lassen (via Sekretariat oder Leitender Arzt / CA), damit im Notfall die Erreichbarkeit gewährleistet ist
- Anpassung der Abläufe in der Küche
- Baden: erst 24 Stunden nach Fadenentfernung, alle anderen Wunden müssen trocken sein

Alle CIRS- Meldungen wurden per 31.12.2017 bearbeitet und konnten abgeschlossen werden.

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
H+ Rahmen-Vertrag Arbeitssicherheit (EKAS)	Arbeitssicherheit	2002	2016	
QUALAB	Labor	2003	2014	
Swiss GAAP FER	Gesamte Klinik	2014	2017	Standard für Rechnungslegung
EFQM	Gesamte Klinik	2016	2016	Committed to Excellence
REKOLE	Gesamte Klinik	2016	2016	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Eigene Befragung

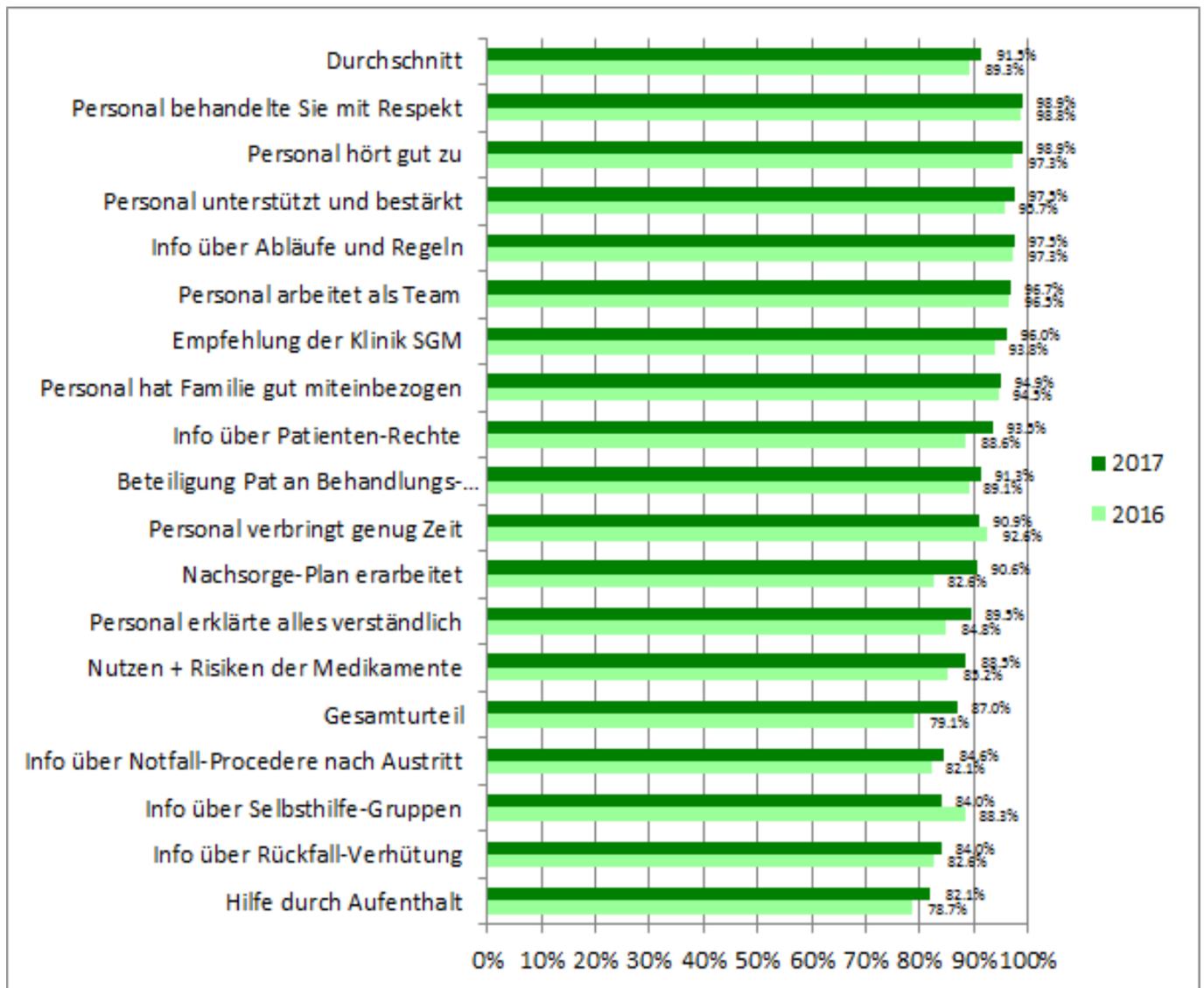
5.1.1 PoC 18

Mit dem Fragebogen PoC 18 wird kontinuierlich die Zufriedenheit aller stationären Patientinnen und Patienten beim Austritt gemessen. Mittels 18 Items werden Daten zu den Themen Information, Zusammenarbeit, Einbezug, Behandlung und Austrittsplanung erfasst. Die erhobenen Daten werden quartalsweise ausgewertet, die Ergebnisse mit den verantwortlichen Kadermitarbeitenden besprochen und wenn nötig Massnahmen zur Verbesserung geplant und umgesetzt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Alle Patienten, die stationär behandelt werden, sind bei Austritt in die Befragung eingeschlossen. Ausschlussgründe sind Austritt innerhalb von 7 Tagen, Sprachverständnisprobleme, zu schwere Krankheitssymptomatik (bspw. kognitive Beeinträchtigungen), Todesfall, unvorhergesehener Austritt, Ablehnung Patient, andere Gründe (nur gültig mit Freitextspezifikation). Zudem werden Fragebögen nicht in die Auswertung einbezogen, wenn mehr als 3 Fragen nicht beantwortet wurden.

Patientenzufriedenheit (PoC18) stationär



Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Mit einer durchschnittlichen Patientenzufriedenheit von 91.5% im stationären Rahmen weisen wir im Berichtsjahr einen ausgesprochen guten Wert aus. Unser Minimalziel von 80% Zufriedenheit wurde deutlich übertroffen. Die hohe Rücklaufquote an Patientenzufriedenheitsfragebögen ist mit 99.2% ebenfalls sehr zufriedenstellend und erlaubt eine valide Beurteilung der Resultate.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	CareMetrics Consulting GmbH
Methode / Instrument	POC(-18)

5.1.2 Zufriedenheit über Berufsgruppen

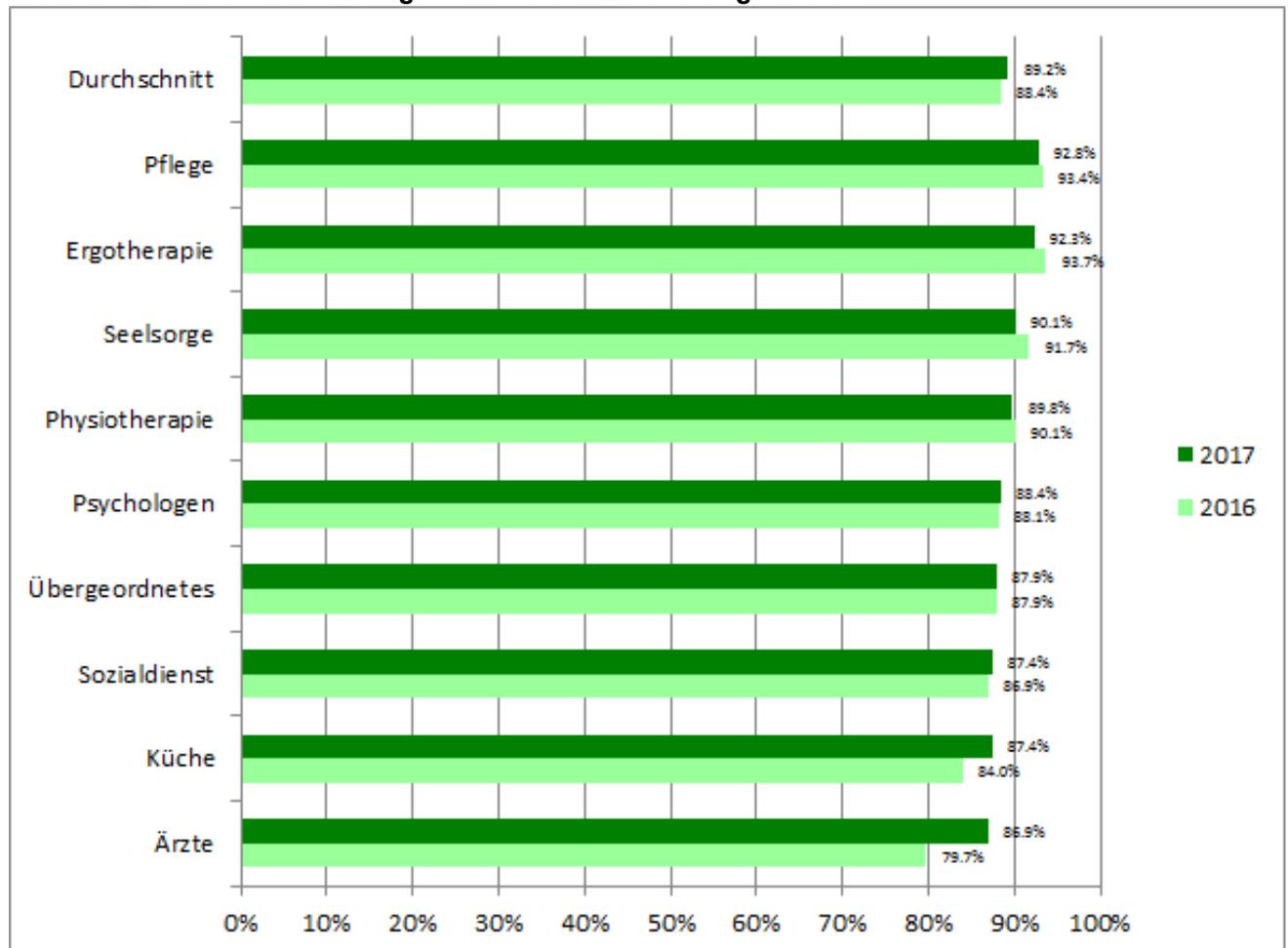
Mit differenzierten Austrittsbefragungen zu allgemeinen und fachspezifischen Angeboten erhalten wir gezielte Rückmeldungen über die Zufriedenheit unserer stationären Patientinnen und Patienten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Alle Patienten, die stationär behandelt werden, sind bei Austritt in die Befragung eingeschlossen.

Ausschlussgründe sind Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt, Sprachverständnisprobleme, zu schwere Krankheitssymptomatik (bspw. kognitive Beeinträchtigungen), Todesfall, unvorhergesehener Austritt, Ablehnung Patient, andere Gründe (nur gültig mit Freitextspezifikation).

Patientenzufriedenheit in Bezug auf stationäre Behandlungsbereiche



Anmerkung: In der Kategorie *Übergeordnetes* werden die Elemente *Atmosphäre im Haus*, *Therapiestunde* und *Möglichkeiten, Rückmeldungen an die Klinik zu geben* zusammengefasst.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Patientenzufriedenheitswerte zu den Berufsgruppen übertreffen stationär sowohl im Gesamtdurchschnitt (89.2%) als auch in den spezifischen Berufsgruppen unsere Minimalanforderungen von 80%-Qualitätssoll bei Weitem. Wir weisen - wie bereits letztes Jahr - eine sehr hohe, fachspezifische Patientenzufriedenheit aus.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	XPsy
---	------

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik SGM Langenthal

Rückmelde- und Beschwerdemanagement

Nathan Keiser

CEO

062 919 23 11

nathan.keiser@klinik-sgm.ch

7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterumfrage

Die Klinik SGM Langenthal legt Wert auf regelmässige Rückmeldungen der Mitarbeitenden, die fortlaufend in den jährlichen Beruflichen Standortbestimmungen erfasst werden. Zur Vertiefung wird in der Regel alle zwei Jahre eine umfassende Mitarbeiterumfrage durchgeführt. Diese soll helfen, einerseits Stärken zu erkennen und zu nutzen, andererseits aber auch Schwachstellen und Entwicklungspotenzial aufzuzeigen und allenfalls anzugehen.

Die Fragenstruktur baut auf dem Fragebogen zur Erfassung des Organisationsklimas (FEO) auf und wurde mit betriebsspezifischen Fragen ergänzt (Total 88 Fragen). Folgende Skalen werden einbezogen: Bewertung der Arbeit, Handlungsraum, Arbeitsbelastung, Vorgesetzter, Kollegialität, Einstellung zum Unternehmen, Organisation, Entgelt, Berufliche Perspektiven, Mitarbeiterbewertung (für Führungspersonen).

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat Mai durchgeführt. Die Befragung wurde unter allen Mitarbeitenden der Klinik durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die detaillierten Resultate werden nicht publiziert. Die Auswertung wurde sehr umfassend vorgenommen und intern auf den Ebenen Klinikleitung, Kader und Abteilungen diskutiert und Massnahmen abgeleitet.

Grundsätzlich sind die Resultate sehr gut und weit über dem Durchschnitt. Erfreulich ist das sehr hohe Commitment der Mitarbeitenden zur Klinik und ihren Werten. Die hohe Identifikation der Mitarbeitenden und die intrinsische Motivation sind die Hauptfaktoren für die Erfolgsgeschichte der Klinik SGM Langenthal sowie die guten Resultate in der Behandlung von Patientinnen / Patienten und ihrer Zufriedenheit.

Am kritischsten wurde die Entlohnung bewertet.

Alle Skalen verzeichneten Verbesserungen gegenüber der Umfrage 2015. Die damals getroffenen Massnahmen führten zu Verbesserungen der Resultate in der Umfrage 2017.

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Eigene Messung

9.1.1 Wiedereintritte innert 18 Tagen

Wenige Wiedereintritte dank erfolgreicher Behandlung und guter Nachsorgeplanung ist ein anzustrebendes Qualitätsziel. Wiedereintritte innert 18 Tagen werden dokumentiert.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Alle stationären und tagesklinischen Patientinnen und Patienten werden eingeschlossen in die Messung. Keine Ausschlusskriterien.

Im Berichtsjahr wurde kein Wiedereintritt dokumentiert.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

12 Stürze

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Sturzprotokoll

Es existiert ein Sturzpräventionskonzept, ein Einschätzungsinstrument des Sturzrisikos und es wird ein Sturzprotokoll geführt.

Ziele:

- Patienten mit Risikofaktoren für Stürze werden erkannt
- Stürze werden vermieden
- Falls ein Sturz gleichwohl erfolgt, werden die Sturzfolgen verringert
- Patienten, die bereits gestürzt sind, werden vor weiteren Stürzen und ihren Folgen geschützt
- Systematische Sturzdokumentation

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die Messung umfasste stationäre Patienten.

Die Sturzgefahr wird eingeschätzt, wenn Patientinnen und Patienten

- vor kurzer Zeit einen operativen Eingriff hatten
- eine aktuelle Mobilitätseinschränkung durch Krankheit oder Unfall haben
- mehr als vier sedierende Medikamente einnehmen
- nicht in allen vier Ebenen orientiert sind
- eine Anhäufung von Risikofaktoren aufweisen

Im Berichtsjahr weisen wir keine Stürze aus.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Morse Fall Scale und Sturzprotokoll

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. 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.

Messergebnisse

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

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Wir arbeiten nach einem Konzept, das keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen vorsieht.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	EFM

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

15 Psychische Symptombelastung

15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patienten in der Psychiatrie 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 Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet.

Die Fallführenden wie auch die Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

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

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 (Selbstbewertung).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

HoNOS Adults	2016
Klinik SGM Langenthal	
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-0.76

BSCL	2016
Klinik SGM Langenthal	
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-0.8

* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken. Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

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

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Datenqualität

Die Datenqualität hat sich stetig verbessert und wird von der ANQ als sehr gut eingeschätzt. Die Ärzte und Therapeuten wurden einmal bezüglich Handhabung des HoNOS im Rahmen einer internen Fortbildung geschult. Ebenso werden neue Mitarbeiter im Rahmen der Einarbeitung konsequent mit der Anwendung HoNOS vertraut gemacht und von der Leitung für Qualitätssicherung eins-zu-eins geschult.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

15.2 Eigene Messung

15.2.1 Lebensqualität (Patienten-Selbsteinschätzung)

Bei Eintritt und Austritt wird mit dem Fragebogen der WHO zur Lebensqualität mittels einer Selbsteinschätzung die Lebensqualität der stationären Patientinnen und Patienten gemessen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Alle stationären Patientinnen und Patienten sind bei Ein- und Austritt routinemässig in die Befragung eingeschlossen. Ausschlussgründe sind Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt, Sprachverständnisprobleme, zu schwere Krankheitssymptomatik (bspw. kognitive Beeinträchtigungen), Todesfall, unvorhergesehener Austritt, Ablehnung Patient, andere Gründe (nur gültig mit Freitextspezifikation).

Fragebogen der WHO zur Lebensqualität

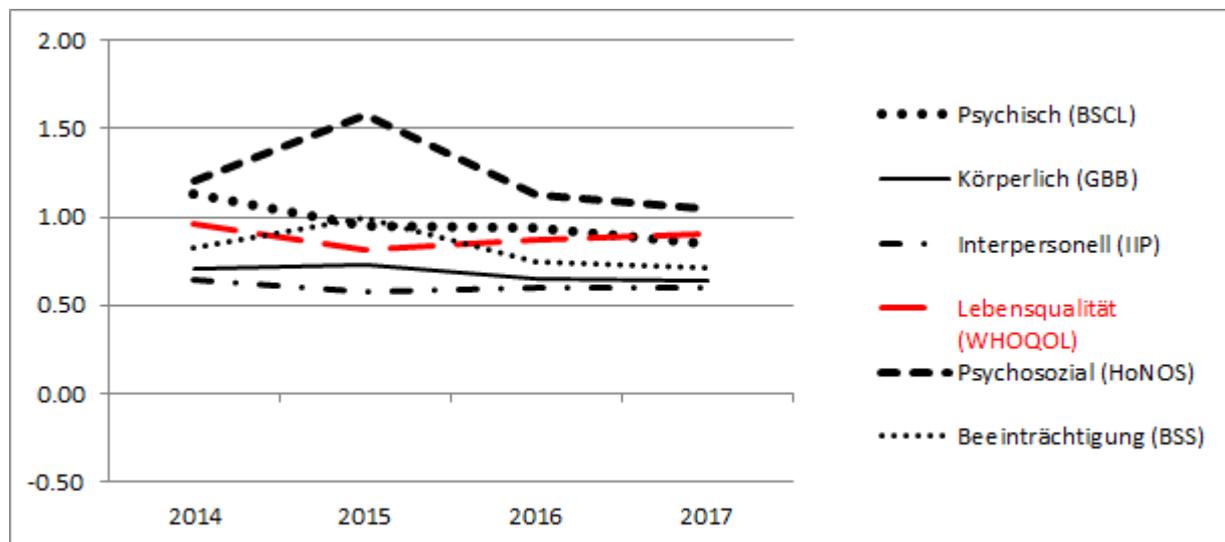
Der Fragebogen der WHO zur Lebensqualität (WHOQOL-BREF) misst die Lebensqualität (Patienten-Selbsteinschätzung).

Effektstärken

Effektstärken (hier: Cohen's d) sind ein methodisch anerkanntes Mass zur statistischen Überprüfung der Veränderung eines Wertes im Verhältnis zu seiner Streuung über die Stichprobe. Ein Effekt wird umso höher, je geringer die Streuung der Skalenwerte ist. So kann zu einem gewissen Ausmass auch in kleineren Stichproben überprüft werden, wie substantiell eine Symptomveränderung ist.

Nach Cohen bedeutet ein d zwischen 0.2 und 0.5 einen kleinen Effekt, zwischen 0.5 und 0.8 einen mittleren und ein d größer als 0.8 einen starken Effekt.

Effektstärke der Lebensqualität im Vergleich mit anderen Variablen



Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Stationär zeigt sich ein starker Effekt von $d=0.91$, welcher sich im Hinblick auf eine positive Symptomveränderung als Verbesserung der Lebensqualität interpretieren lässt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	XPsy Klinik SGM
Methode / Instrument	WHOQOL-BREF

16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand

16.1 Eigene Messung

16.1.1 Körperliche Symptombelastung GBB (Selbsteinschätzung)

Bei Eintritt und Austritt wird die körperliche Symptombelastung der stationären Patientinnen und Patienten mittels einer Selbsteinschätzung erhoben.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Alle stationären Patientinnen und Patienten sind bei Ein- und Austritt routinemässig in die Befragung eingeschlossen. Ausschlussgründe sind Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt, Sprachverständnisprobleme, zu schwere Krankheitssymptomatik (bspw. kognitive Beeinträchtigungen), Todesfall, unvorhergesehener Austritt, Ablehnung Patient, andere Gründe (nur gültig mit Freitextspezifikation).

Giessener Beschwerdebogen

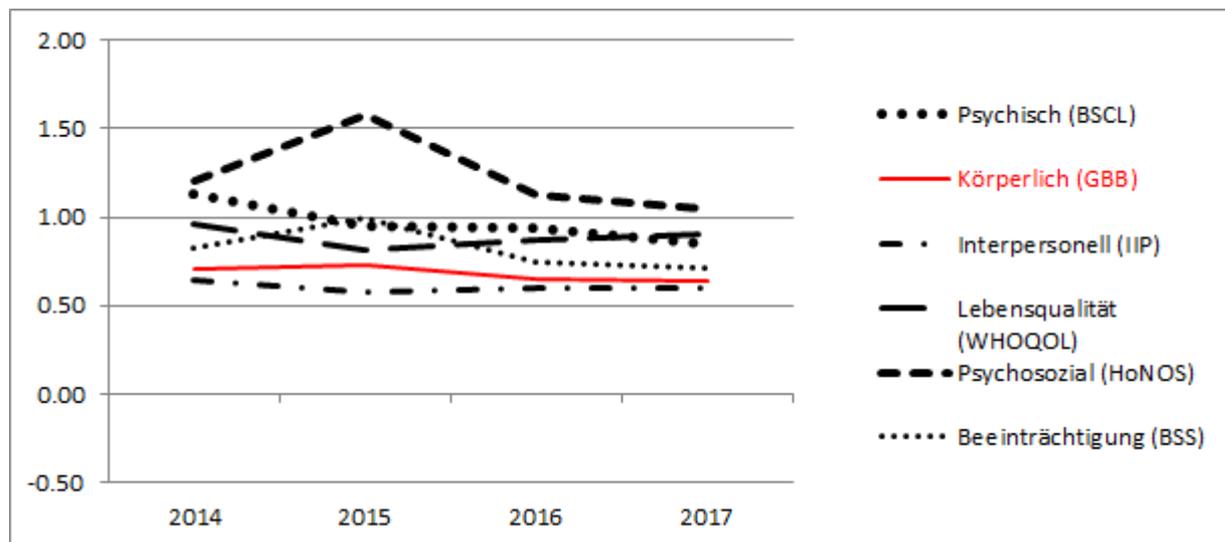
Der Giessener Beschwerdebogen (GBB) misst die körperliche Symptomatik (Patienten-Selbsteinschätzung).

Effektstärken

Effektstärken (hier: Cohen's d) sind ein methodisch anerkanntes Mass zur statistischen Überprüfung der Veränderung eines Wertes im Verhältnis zu seiner Streuung über die Stichprobe. Ein Effekt wird umso höher, je geringer die Streuung der Skalenwerte ist. So kann zu einem gewissen Ausmass auch in kleineren Stichproben überprüft werden, wie substantiell eine Symptomveränderung ist.

Nach Cohen bedeutet ein d zwischen 0.2 und 0.5 einen kleinen Effekt, zwischen 0.5 und 0.8 einen mittleren und ein d größer als 0.8 einen starken Effekt.

Effektstärke der körperlichen Beschwerden im Vergleich mit anderen Variablen



Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Bei den stationären Patientinnen und Patienten zeigt sich ein mittelgrosser Effekt von $d=0.64$, welcher sich im Hinblick auf eine positive Symptomveränderung als Verbesserung der körperlichen Symptomatik interpretieren lässt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	XPsy Klinik SGM
Methode / Instrument	Giessener Beschwerdebogen

16.1.2 Schwere der Beeinträchtigung BSS (Fremdeinschätzung)

Bei Eintritt und Austritt der stationären Patientinnen und Patienten wird die Schwere der Beeinträchtigung mittels einer Fremdeinschätzung gemessen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Alle stationären Patientinnen und Patienten sind bei Ein- und Austritt routinemässig in die Befragung eingeschlossen. Ausschlussgründe sind Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt, Sprachverständnisprobleme, zu schwere Krankheitssymptomatik (bspw. kognitive Beeinträchtigungen), Todesfall, unvorhergesehener Austritt, Ablehnung Patient, andere Gründe (nur gültig mit Freitextspezifikation).

Beeinträchtigungsschwere-Score

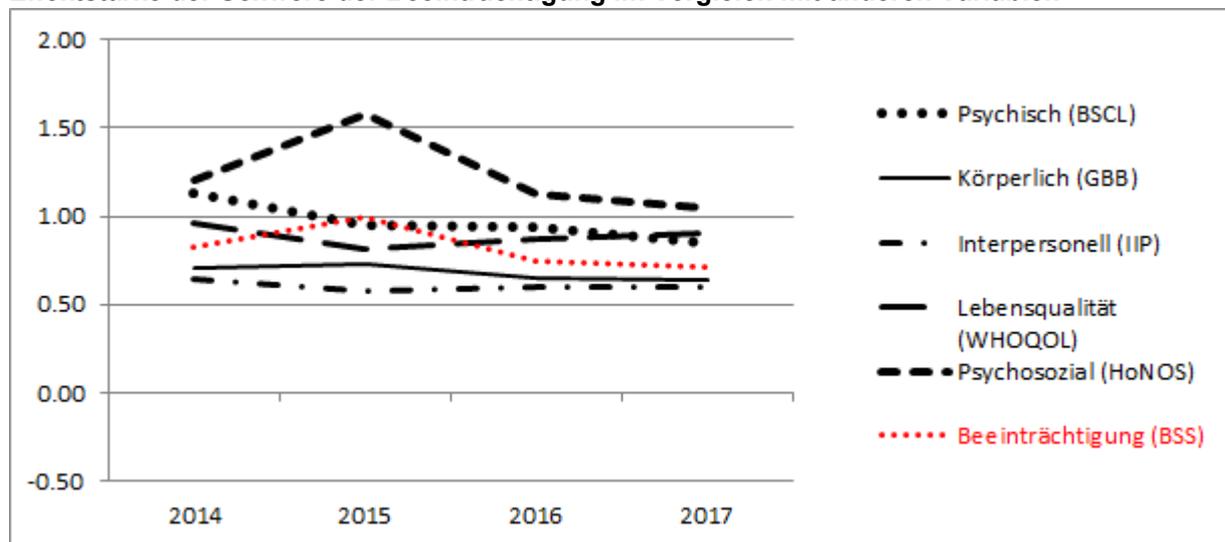
Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) gibt die Einschätzung des Therapeuten bezüglich des Masses der Beeinträchtigung des Patienten wieder (Therapeuten-Fremdeinschätzung).

Effektstärken

Effektstärken (hier: Cohen's d) sind ein methodisch anerkanntes Mass zur statistischen Überprüfung der Veränderung eines Wertes im Verhältnis zu seiner Streuung über die Stichprobe. Ein Effekt wird umso höher, je geringer die Streuung der Skalenwerte ist. So kann zu einem gewissen Ausmass auch in kleineren Stichproben überprüft werden, wie substantiell eine Symptomveränderung ist.

Nach Cohen bedeutet ein d zwischen 0.2 und 0.5 einen kleinen Effekt, zwischen 0.5 und 0.8 einen mittleren und ein d größer als 0.8 einen starken Effekt.

Effektstärke der Schwere der Beeinträchtigung im Vergleich mit anderen Variablen



Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Bei den stationären Patientinnen und Patienten zeigt sich ein mittelstarker Effekt von $d=0.71$, welcher sich mit Bezug auf die positive Veränderung als Verringerung der Beeinträchtigung durch die Beschwerden interpretieren lässt.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	XPsy Klinik SGM
Methode / Instrument	Beeinträchtigungsschwere-Score

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Patientenrückmeldungen / Beschwerden

Das Rückmelde- und Beschwerdemanagement ist ein wertvolles Instrument, mit dem die Patientinnen und Patienten eine differenzierte Rückmeldungen über ihre Behandlung geben können. Ziel ist es, möglichst umfassende Angaben zu den Bedürfnissen unserer Patienten zu erhalten und durch gezielte Massnahmen die Behandlung zu verbessern. Der Rückmeldebogen ist für alle Patienten im Informationsordner zugänglich.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die Befragung findet im stationären Bereich statt.

Alle Patientinnen und Patienten in der Klinik SGM haben die Möglichkeit, während oder nach der Behandlung eine Rückmeldung abzugeben. Es gibt keine Ausschlusskriterien.

Von 355 stationären Patienten haben insgesamt 25 Patienten von der Möglichkeit einer Rückmeldung Gebrauch gemacht.

Diese 25 Rückmeldebögen enthalten insgesamt 115 Aussagen. Davon drücken 72 Teilrückmeldungen Lob aus, 43 enthalten Aussagen zu Verbesserungspotentialen.

Aus der Bearbeitung resultierten 10 konkrete Verbesserungen. Zwei weitere Massnahmen sind in Planung bzw. in Arbeit.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Auszug Lob

Positive Rückmeldungen erhielten wir insbesondere zur Freundlichkeit und Kompetenz der Mitarbeitenden (20), zu den Therapieangeboten (18), zur christlichen Ausrichtung unserer Klinik (13) sowie der Atmosphäre im Haus (12).

Auszug Kritik

Kritische Rückmeldungen erhielten wir über Schwierigkeiten mit den Mitarbeitenden (10), Therapieplanung / -angebot (7) oder die Infrastruktur (Zimmereinteilung, Rückzugsräume, WLAN, Lärm - insgesamt 7)

Verbesserungen

Aus 25 eingegangenen Rückmeldebögen konnten konkret 10 Massnahmen abgeleitet und umgesetzt werden. Zwei weitere sind in Arbeit oder in Planung. Die Rückmeldungen der Patienten stellen für uns ein wichtiges Instrument zur Qualitätsüberprüfung dar und tragen effektiv zur Verbesserung bei.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Projekt "Führung in der Klinik SGM Langenthal"

Projektart: Organisationsprojekt

Projektziele

- Fokussierung auf Führungsaufgaben der Kadermitarbeitenden
- Überarbeitung der klinikinternen Führungsgrundsätze
- Integration der Führungsgrundsätze in die jährliche Berufliche Standortbestimmung
- Verbesserung der Führungskompetenzen
- Erarbeitung eines Dokuments "Führung in der Klinik SGM Langenthal"

Projekttablauf / Methode

- Evaluation der Probleme im Führungsalltag im Rahmen eines ersten Kaderworkshops (März 2017)
- Überarbeitung der Führungsgrundsätze und Verbindung mit dem Leitbild der Klinik
- Vorstellung von wichtigen Führungskompetenzen inkl. Adaption auf reale Führungsfragen der einzelnen Kader im Rahmen eines erneuten Workshops (August 2017)
- Überarbeitung des Dokumentationsbogens der Beruflichen Standortbestimmung inkl. Anleitung auf Grundlage des Führungsworkshops, der Führungsgrundsätze und des Leitbildes (Vorgesetztenbeurteilung)
- Zusammenführung sämtlicher Arbeitsergebnisse in einem Führungspapier mit folgendem Inhalt:
 - Führungskompetenzen
 - Grenzen und Aufgaben des Kaders
 - Führungsgrundsätze der Klinik SGM Langenthal inkl. Erläuterungen
 - Herausforderungen im Führungsalltag - Ursachen und Folgen mangelhafter Führung
 - Führungsinstrumente und Lösungsansätze

Involvierte Berufsgruppen

Alle Kadermitarbeitenden

Projektelevaluation / Konsequenzen

Stand der Umsetzung:

1. Das Arbeitspapier "Führung in der Klinik SGM Langenthal" wurde im November 2017 von der Klinikleitung verabschiedet.
2. Weitere Führungsschulungen und eine regelmässige Bearbeitung des Themas sind geplant.

Erkenntnisse:

Gute Führung basiert auf dem Erwerb von Führungskompetenzen, dem Bewusstsein für die Führungsgrundsätze und deren konsequente Umsetzung im Arbeitsalltag. Um die Präsenz des Themas zu erhöhen und neue Führungskräfte entsprechend zu schulen, sind regelmässige Inputs im Rahmen der Kadersitzungen sowie eine externe Führungsschulung geplant.

Weiterführende Unterlagen

- "Führung in der Klinik SGM Langenthal"
- Dokumentation der Beruflichen Standortbestimmung (BSB) inkl. Erläuterungen

18.1.2 Weiterentwicklung der Ambulatorien

Projektart: Internes Projekt

Projektziele

- Festigung der Führung der bestehenden Ambulatorien Bern und Langenthal
- Teamaufbau und -entwicklung an den beiden Standorten
- Vorbereitung des für 2018 geplanten Projektes „Ambulatorien – Prozesse, Abläufe, Dokumente“
- Erarbeitung möglicher Standards für die ambulante Behandlung
- Effektive Behandlungsplanung mittels Controlling- und QM-Tools
- Erarbeitung von Grundlagen für allfällige neue Ambulatorien

Projekttablauf / Methode

- Anstellung einer Geschäftsleitung Ambulante Dienste
- Überblick über vorhandene Strukturen, Prozesse und Dokumente
- Aufbau eines effizienten Controllings
- Für 2018 ist ein umfassendes Projekt geplant, das verbindliche Sollprozesse in den Ambulatorien definiert und den Teams Klarheit über die Behandlungsschritte gibt. Die Qualität der bisher bereits sehr guten Arbeit in den Ambulatorien soll auf diese Weise weiter gesteigert und gleichzeitig der Schulungsaufwand beim Eintritt neuer Mitarbeitender reduziert werden.

Involvierte Berufsgruppen

GL Ambulante Dienste, Ärzte und Psychotherapeuten der Ambulatorien, IT, Qualitätsmanagement

Projektelevaluation / Konsequenzen

Start April 2017

Monatliche Reports an CEO/Klinikleitung

Weiterführung im Projekt „Ambulatorien“ 2018

Stand der Umsetzung

Vorhandene Prozesse, Abläufe und Dokumente sind erfasst und für das Projekt 2018 aufbereitet. Controlling-Tools zur Verbesserung der Auslastung bzw. eine effiziente Triage sind in Erarbeitung.

Erkenntnisse

Der Einsatz einer Geschäftsleitung für die Ambulatorien der Klinik SGM in Langenthal und Bern hat bereits im Jahr 2017 zu einer Verbesserung der Strukturen und Prozesse geführt. In der Vergangenheit führten individuelle Regelungen oft zu Unsicherheiten und einer erschwerten Einarbeitung neuer Mitarbeitender. Mit dem geplanten Projekt im nächsten Jahr soll der Bereich der Ambulatorien mit Unterstützung aus dem Qualitätsmanagement umfassend optimiert werden.

Weiterführende Unterlagen

- Prozesse und Dokumente ambulanter Bereich

18.1.3 Masterplan IT

Projektart: Organisations-/IT-Projekt

Projektziele

- Elektronische Erteilung von Aufträgen in strukturierter Form
- Digitaler Versand von Berichten via Mail
- Effiziente Erstellung von Berichten innerhalb des vorgegeben Rahmens
- Anpassung unserer Systeme für die Anforderungen nach TARPSY
- Umsetzung Anforderungen für Rekole (Erfassung der Medikamente)

Projekttablauf / Methode

1. Gliederung in Teilprojekte nach Sachgebieten
2. Umsetzung der einzelnen Teilprojekte

Methode: Einfluss-Projektorganisation

Involvierte Berufsgruppen

Ärzte, Pflege, Medizin-Technik, Therapien, IT, Rechnungswesen, Administration

Projektelevaluation / Konsequenzen

Stand der Umsetzung:

1. Durch die Einführung eines sicheren Mail-Gateways können Berichte nun via Mail versendet werden.
2. Ein neues Modul im KIS zum elektronischen Versand von Aufträgen ist in Betrieb.
3. Ein neues Modul im KIS zur Erfassung der Diagnosen und Prozeduren (Anforderung TARPSY) ist in der Pilotphase. Projektabschluss Januar 2018
4. Laufende Teilprojekte:
 - Erfassung der Medikamente auf Patientenebene
 - Optimierung des Berichtswesens

Erkenntnisse:

Die Umstellung auf eine voll digitale Krankenakte unter Berücksichtigung aller beteiligten Personengruppen erfordert eine umsichtige Planung und sorgfältige Umsetzung der Teilprojekte. Personelle Ressourcen zur Abwicklung der Teilprojekte sind knapp. Durch die Einführung von Tarpsy und die Vorbereitung für die Erfassung der abgegebenen Medikamente auf Patientenebene wurden weitere Ressourcen gebunden, welche für dieses Projekt nicht zur Verfügung standen.

Weiterführende Unterlagen

- Projektplanung IT-Abteilung
- Übersicht laufende Projekte

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Prozessüberprüfung, -aktualisierung und -ergänzung

Projektart: Internes Projekt

Projektziele

In der Auswertung des EFQM-Assessments wurde ein deutlicher Nachholbedarf im prozessorientierten Denken und Handeln in der Klinik ersichtlich. Die bisher vorhandene Prozesslandschaft richtete sich mehr nach der Aufbauorganisation als nach der Ablauforganisation und liess sehr wenig Raum für wesentliche Aspekte wie bspw. die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Prozesslandkarte bildete hauptsächlich die Behandlungspfade als Kernprozesse ab, zudem wurden die dort erfassten Prozesse nicht systematisch überprüft und aktualisiert. Es wurden nur sehr wenige Prozessmessgrössen erhoben bzw. standen diese erst vor der Einführung. Die Ausrichtung aller Prozesse auf den Patientenprozess fehlte.

Projekttablauf / Methode

Dank der temporär zur Verfügung stehenden Projekt-Ressourcen konnte unter Einbezug des Qualitätsmanagements das Thema Prozesse während 6 Monaten intensiv aufgearbeitet werden.

- Sämtliche bestehende Prozesse wurden mit den entsprechenden Prozesseignern besprochen und bei Bedarf den aktuellen Gegebenheiten angepasst.
- Diverse neue Prozesse wurden erarbeitet und abgebildet.
- Neu gibt es ein Prozesshandbuch inkl. Prozesslandkarte.
- Die Prozesse sind unterteilt in Führungsprozesse, Patientenprozesse und Unterstützungsprozesse.
- Das Prozesshandbuch wurde am 12.12.2017 von der EKL/KL verabschiedet.
- Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens für die Spitalliste Psychiatrie 2018, aber auch um unsere Qualität weiter zu entwickeln, wurden folgende Konzepte erarbeitet und von der Klinikleitung verabschiedet:
 - Multiprofessionelle Zusammenarbeit
 - Austritts- und Nachsorgeplanung
 - Notfallkonzept
 - Kooperationskonzept SRO (Vereinbarung inzwischen abgeschlossen)
 - Weitere Kooperationskonzepte und –vereinbarungen wurden vorbereitet

Prozesse – nächste Schritte

- Definition von Prozesseignern und Prozessverantwortlichen (Januar 2018)
- Jährliche Prüfung der Prozesse, wenn nötig Anpassung
- Einbindung neuer Mitarbeitender bei Stellenantritt in das prozessgesteuerte Arbeiten
- Prozessorientiertes Arbeiten wird in den Stellenbeschreibungen aller Mitarbeitenden aufgeführt
- Kontinuierliche Überprüfung der Prozesse als Jahresziel in Bereich/Abteilung
- Bewusstsein wecken: Prozessarbeit ist Führungsarbeit
- Softwareseitige Verankerung der Prozesse im System

Involvierte Berufsgruppen

Klinikleitung, Kader, Qualitätsmanagement

Projektelevaluation / Konsequenzen

Das Projekt hat einen entscheidenden Fortschritt im Hinblick auf das prozessorientierte Denken und Handeln gebracht. Nun gilt es, fehlende Prozesse zu ergänzen, sinnvolle Messgrössen festzulegen und sämtliche Dokumente dem jeweiligen Prozess zuzuordnen und in der digitalen Prozesslandkarte zu verankern.

Weiterführende Unterlagen

- Prozesshandbuch
- Prozesslandkarte
- diverse Konzepte

18.2.2 Relaunch Corporate Website

Projektart: Internes Projekt in Zusammenarbeit mit externen Partnern

Projektziele

- Website als moderne, kundenorientierte und interaktive Dienstleistungsplattform
- Konzeptionell und technisch modernisierte Website
- Erhöhung der Kundenorientierung durch ein responsive Design, u.a. für mobile Endgeräte wie Smartphone und Tablet
- Vereinfachtes Handling und rasches Auffinden von Informationen
- Möglichkeit zur Online-Eventanmeldung
- Integration eines Online-Zahlungstools
- Optimierung des Marketing-Controlling

Projekttablauf / Methode

1. Kick-off-Sitzung
2. Vorprojekt inkl. Risikoanalyse
3. Konzeptentwicklung
4. Design
5. Technische Umsetzung
6. Content-Arbeiten
7. Schulung der Mitarbeitenden
8. Aufschaltung und Testing
9. Evaluation und Debriefing

Involvierte Berufsgruppen

Marketing, IT, Finance und externer Grafik-/IT-Partner

Projektelevaluation / KonsequenzenStand der Umsetzung:

Projekt und Evaluation sind abgeschlossen. Die Website läuft gut und stösst auf viel positive Resonanz. Kleinere technische Probleme nach der Aufschaltung konnten erfolgreich behoben werden. Die Projektziele wurden erreicht.

Erkenntnisse: Der Aufwand für die Einbettung von Online-Anmeldungs- und Zahlungstools war höher als erwartet.

Weiterführende Unterlagen

- Konzept Relaunch Website und Webdesign

18.2.3 Überarbeitung des Bezugspersonenkonzeptes

Projektart: Internes Projekt

Projektziele

- Überarbeitung der fachlichen und organisatorischen Inhalte der Aufgaben der Pflegefachpersonen
- Einheitliches Arbeiten in der Pflege
- Klarheit über Aufgaben und Kompetenzen der Pflege
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ersichtlich

Projekttablauf / Methode

1. Auftrag durch Leitung Pflege und Behandlungen an Arbeitsgruppe Pflegequalität bzw. an eine Pflegefachperson.
2. Austausch über geplante Anpassungen des Konzeptes mit Teammitgliedern und Stationsleitungen.
3. Absprache der geplanten Änderungen mit Leitung Pflege und Behandlungen und Integration ins Konzept.
4. Vorstellung des Konzeptes durch Leitung Pflege und Behandlungen bei der Klinikleitung zwecks Information und Kenntnisnahme.
5. Einführung des Konzeptes in den Teams ab dem 08.08.2017.
6. Evaluation 1x jährlich geplant, nächste Ende 2018.

Involvierte Berufsgruppen

- Leitung Pflege und Behandlungen
- 1 Pflegefachperson
- Ärztliche Leitung

Projektelevaluation / Konsequenzen

Stand der Umsetzung:

- Das Konzept wurde am 08.08.2017 von der Klinikleitung gesichtet und zur Kenntnis genommen.
- Im Anschluss wurden die Änderungen/ Anpassungen des Konzeptes in Teamsitzungen vorgestellt und der Auftrag wurde erteilt, dass alle Pflegefachpersonen das Konzept lesen müssen.
- Konzept ist in Umsetzung.

Erkenntnisse:

- Das Konzept gibt den Pflegefachpersonen Klarheit.
- Ende 2018 wird an der PDL- Sitzung evaluiert, wie sich die Änderungen/ Anpassungen ausgewirkt haben.

Weiterführende Unterlagen

- Bezugspersonenkonzept
- Standard Bezugspflege

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Rezertifizierung der Klinik SGM Langenthal als Weiterbildungsstätte der SAPPM

Projektart: Zertifizierungsprojekt

Projektziele

Rezertifizierung der Klinik SGM Langenthal als Weiterbildungsstätte der SAPPM Psychosomatik

Projekttablauf / Methode

Im März 2017 wurden die geforderten Antragsunterlagen vollständig und fristgerecht bei der SAPPM eingereicht. Die Zertifizierung der Klinik für 2 Jahre (Kategorie A, 240 Credits total) erfolgte mit einer Auflage im Juli 2017. Zur Erfüllung der Auflage (Konkretisierung der Angaben zur Supervision, Weiterbildungskonzept) wurde ein Weiterbildungskonzept für Assistenzärzte an der Klinik SGM Langenthal erarbeitet und eingereicht.

Involvierte Berufsgruppen

Ärztliche Leitung, Weiterbildungsverantwortlicher, Qualitätsmanagement

Projektelevaluation / Konsequenzen

Die Bestätigung der aktuellen Einteilung der Klinik SGM Langenthal als Weiterbildungsstätte der SAPPM bildet die Grundlage für die Ausbildung von Assistenzärzten im Bereich Psychosomatik. Das neu erstellte Weiterbildungskonzept regelt sämtliche Detailfragen zur Ausbildung von Assistenzärzten und ist damit ein wichtiges Instrument.

Weiterführende Unterlagen

- Zertifikat der SAPPM
- Weiterbildungskonzept der Klinik SGM Langenthal

18.3.2 Rezertifizierung der Klinik SGM Langenthal als Weiterbildungsstätte der FMH

Projektart: Zertifizierungsprojekt

Projektziele

Rezertifizierung der Klinik SGM Langenthal als Weiterbildungsstätte der FMH Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie

Projektlauf / Methode

Im September 2017 wurden die geforderten Antragsunterlagen vollständig und fristgerecht bei der FHM eingereicht.

Am 1. November 2017 erfolgte eine Visitation der Weiterbildungskommission in der Klinik. Die Rezertifizierung der Klinik für 2 Jahre (Kategorie B, Allgemeine Psychiatrie) für den stationären Bereich erfolgte daraufhin mit einer Auflage und Empfehlungen im Dezember 2017. Zur Erfüllung der Auflage wird das Weiterbildungskonzept für Assistenzärzte an der Klinik SGM Langenthal komplett überarbeitet und im Laufe des Jahres 2018 eingereicht. Die Empfehlungen konnten zum grössten Teil zeitnah umgesetzt werden.

Im ambulanten Bereich kann eine Rezertifizierung erst wieder erfolgen, wenn Weiterzubildende dort tätig sind sowie die Kaderarztstellen besetzt sind. Dies ist ebenfalls für 2018 geplant.

Involvierte Berufsgruppen

Ärztliche Leitung, Weiterbildungsverantwortlicher, Qualitätsmanagement

Projektergebnisse / Konsequenzen

Die Bestätigung der Einteilung der Klinik SGM Langenthal als Weiterbildungsstätte der FMH bildet die Grundlage für die Ausbildung von Assistenzärzten im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie und dient zur mittelfristigen Rekrutierung von ärztlichem Personal. Das überarbeitete Weiterbildungskonzept wird zudem als umfassendes Informationspapier und hilfreiches Controlling-Tool zur Qualitätssteigerung der Ausbildung beitragen.

Weiterführende Unterlagen

- Entscheid der FMH
- Weiterbildungskonzept der Klinik SGM Langenthal inkl. Anlagen

19 Schlusswort und Ausblick

Die optimale Versorgung unserer Patientinnen und Patienten erfordert eine stetige Weiterentwicklung der Klinik als Dienstleisterin, Arbeitgeberin und Geschäftspartnerin. Für die Optimierung von Behandlungsqualität, Patientensicherheit und Kundenorientierung ist eine vernetzte und prozessorientierte Struktur unverzichtbar.

Die Koordination aller interdisziplinären Qualitätsaktivitäten und die fortlaufende Anpassung der Prozesse sind daher Schwerpunkte im Qualitätsmanagement der Klinik.

Im Zentrum unserer Arbeit steht der Patient mit seinen sich wandelnden Bedürfnissen, was neben der bestmöglichen Therapie auch die Nutzung moderner Kommunikationsmittel und –kanäle umfasst. Ein Fokus des Qualitätsmanagements wird daher im kommenden Jahr insbesondere auf der Verknüpfung von hohen fachlichen Standards mit effizienten Prozessen und modernster Technologie liegen.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Bemerkungen

Stationäres Angebot

Für die stationäre Behandlung stehen in der Klinik SGM Langenthal 38 Betten auf zwei Abteilungen zur Verfügung. Wir erfüllen für den Kanton Bern zwei Leistungsaufträge: Als Spezialversorger Psychosomatik in der Erwachsenenpsychiatrie behandeln wir das Diagnosespektrum F3-F6 und F9 nach ICD. Schwerpunkt der Psychosomatischen Rehabilitation sind Erkrankungen mit somatischen und psychischen Komorbiditäten.

Rehabilitation

Leistungsangebot in der Rehabilitation

Arten der Rehabilitation	
Psychosomatische Rehabilitation	a,s

a = ambulant, s = stationär

Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflage tage** 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 Pflage tage) 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 Pflage tage 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 Pflage tage
Psychosomatische Rehabilitation	0.00	56	1891

Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre strong>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 unmittelbarere, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.

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.

Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, nach Bedarf mit **externen Spezialisten** zusammenzuarbeiten (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.

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

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
Praxis im Hard (im Haus)	Allgemeine Medizin, Röntgen
Röntgen Langenthal	Radiologie
Coop vitality Apotheke, Langenthal	Apothekenverantwortung
Galexis AG, Niederbipp	Medikamentenbestellung
Spital SRO, Langenthal	Notfall und Pflegematerial
Erziehungsberatung Langenthal	Mutter und Baby
Kinderarzt Langenthal	Mutter und Baby
Ernährungsberatung	Ernährung / Diabetes / Essstörungen

Personelle Ressourcen in der Rehabilitation

Vorhandene Spezialisierungen	Anzahl Vollzeitstellen
Klinik SGM Langenthal	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	1
Facharzt Psychiatrie	3
Facharzt Innere Medizin mit Ausweis Psychosoziale und Psychosomatische Medizin	1
Assistenzärzte	3
Fachpsychologen	1

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

Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte	Anzahl Vollzeitstellen
Klinik SGM Langenthal	
Pflege	5
Physiotherapie	1
Ergotherapie	1
Psychologen	1
Sozialdienst	1
Musiktherapie	1
Seelsorge	1

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.

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.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**).