

Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.03.2016
Richard Hebeisen, Geschäftsführung

Version



Klinik SGM Langenthal

www.klinik-sgm.ch



Psychiatrie



Rehabilitation

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 2015.

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 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 2015

Herr
Urs Ellenberger
Leiter Qualitätsmanagement, Leiter Pflege und Behandlungen
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 teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitaleintritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligten sich ebenfalls.

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 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. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methode / 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 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

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 2015	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015	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 zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.3.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	17
4.4 Zertifizierungsübersicht	17
QUALITÄTSMESSUNGEN	18
Befragungen	19
5 Patientenzufriedenheit	19
5.1 Eigene Befragung	19
5.1.1 PoC 18	19
5.1.2 Zufriedenheit über Berufsgruppen	21
5.2 Beschwerdemanagement	22
6 Mitarbeiterzufriedenheit	23
6.1 Eigene Befragung	23
6.1.1 Mitarbeiterumfrage	23
7 Zuweiserzufriedenheit	24
7.1 Eigene Befragung	24
7.1.1 Zuweiserbefragung	24
Behandlungsqualität	26
8 Wiedereintritte	26
8.1 Eigene Messung	26
8.1.1 Wiedereintritte innert 18 Tagen	26
9 Stürze	27
9.1 Eigene Messung	27
9.1.1 Sturzprotokoll	27
10 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	28
10.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	28
11 Psychische Symptombelastung	29
11.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	29
11.2 Eigene Messung	31
11.2.1 Lebensqualität (Patienten-Selbsteinschätzung)	31
12 Zielerreichung und physischer Gesundheitszustand	33
12.1 Eigene Messung	33
12.1.1 Körperliche Symptombelastung GBB (Selbsteinschätzung)	33
12.1.2 Schwere der Beeinträchtigung BSS (Fremdeinschätzung)	35
13 Weitere Qualitätsmessung	36
13.1 Weitere eigene Messung	36
13.1.1 CIRS	36
13.1.2 Patientenrückmeldungen	37

14	Projekte im Detail	38
14.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	38
14.1.1	Leitbild	38
14.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015	39
14.2.1	Mutter und Kind	39
14.2.2	Nachsorge/Schutz von Mitarbeitenden	40
14.2.3	Aggressionsmanagement	41
14.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	42
14.3.1	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	42
15	Schlusswort und Ausblick	43
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		44
Psychiatrie		44
Rehabilitation		44
Herausgeber		48

1 Einleitung

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 38 Betten, eine psychosomatisch-psychotherapeutische Tagesklinik mit 15 Plätzen sowie ein psychiatrisches und ein psychosomatisches Ambulatorium. Insgesamt beschäftigt die Klinik in zwei Gebäuden rund 130 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 Menschen 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. 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 angegangen. Das Ärztliche Führungsmodell wurde angepasst und der Schwerpunkt sorgfältig in Richtung Psychosomatik verlagert.

Relevante Informationen zum Betriebsjahr 2015

Meilensteine im Berichtsjahr waren die Feierlichkeiten zum Abschluss der Bauphase, die Umsetzung des Spezialangebots Mutter und Kind per September und die Implementierung des neuen Leitbildes im November. Das Jahr 2015 war stark geprägt durch die Sanierungsphase der Hauptklinik während laufendem Vollbetrieb. Die neu erhaltende Infrastruktur ermöglicht ein professionelles Arbeiten in modernen Räumen. Die Physiotherapie wurde ausgebaut und erhielt vier Behandlungsräume und einen vergrösserten Raum für Medizinische Trainingstherapie mit einer Vielzahl von neuen Fitnessgeräten. Auf beiden stationären Abteilungen konnten wir je zwei Einzelzimmer (insgesamt 4 Plätze) für das Spezialangebot Mutter und Kind einrichten. Wir erhielten zusätzliche Lager- und

Büroräume, acht Einzelzimmer und zwei Doppelzimmer für Patienten, zwei Gruppenräume, einen Ruheraum und acht Therapeutenbüros. Begleitende Projekte (Mutter und Kind, Angebote für Zusatzversicherte, Leitbild, Kundenorientierung) um nach der Bauphase den neuen Räumen frischen Wind einzuhauchen, nahmen uns auch stark in Anspruch. Die Einweihungsfeierlichkeiten nach Abschluss der Anbau- und Sanierungsphase fanden am 27. August mit einem Abendanlass für geladene Gäste und dem Tag der offenen Tür am 29. August statt.

Zusammenfassung Qualität 2015

Nebst der herausfordernden Ausbau- und Sanierungsphase führten wir die qualitätssichernden Massnahmen und die Unternehmensentwicklung in der Klinik SGM Langenthal weiter. Der Chefarzt schulte in regelmässigen Abständen das überarbeitete Therapiekonzept im interdisziplinären Team. In der Entwicklung des Leitbildes erarbeiteten die Abteilungen Erläuterungen, eine Arbeitsgruppe verdichtete diese und im November konnte das Leitbild am Informationsanlass vorgestellt werden. Wir führten im Berichtsjahr sowohl eine Mitarbeiterumfrage als auch eine Zuweiserbefragung durch. Nach Auswertung der Ergebnisse wurden Massnahmen zu Verbesserung geplant und umgesetzt. Im Prozessmanagement definierten wir Messgrössen und Leistungsindikatoren bei den bestehenden Kernprozessen. Die erweiterte Klinikleitung führte eine Selbstbewertung des Kriterienmodells EFQM durch. In einem Bericht wurden die Ergebnisse der Einschätzungen, Bemerkungen, Stärken und Schwächen sowie die Verbesserungspotentiale ausführlich dokumentiert. Wir erarbeiteten ein Konzept Aggressionsmanagement mit Anwendung von evidenz-basierten Einschätzungs- und Erfassungsinstrumenten. Nach interdisziplinärer Schulung fand die Umsetzung auf Dezember statt. Ein Pflegeassessment und über 20 Standardpflegeplanungen wurden ins Klinikinformationssystem bei den Pflegemodulen integriert.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

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

Bemerkungen

Organisation des Qualitätsmanagements

Die Leitung Qualitätsmanagement wird von einem Klinikleitungsmitglied umgesetzt.
Die Mitglieder der Klinikleitung bilden den Qualitätsausschuss.

Das Qualitätsmanagement gliedert sich in 3 Teile;

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Urs Ellenberger
Leiter Qualitätsmanagement, Leiter Pflege
und Behandlungen
Klinik SGM Langenthal
062 919 22 27
urs.ellenberger@klinik-sgm.ch

Richard Hebeisen
Geschäftsführer
Klinik SGM Langenthal
062 919 23 11
richard.hebeisen@klinik-sgm.ch

Timon Spörri
Leiter Finanzen und Controlling
Klinik SGM Langenthal
062 919 22 15
timon.spoerri@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, tagesklinischen 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 aus durch hohe Professionalität, sehr gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und einen familiären Rahmen. Wir übernehmen Verantwortung als attraktive Arbeitgeberin und Weiterbildungsstätte.

Qualitätsstrategie

- Leistungsaufträge in der Psychosomatik umsetzen
- Spezialangebote und Schwerpunkte 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
- 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.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015

- Weiterführung der Umsetzung des ärztlichen Führungsmodells
- Konzeptualisierung und Umsetzung des Spezialangebotes Mutter und Kind

- Konzeptualisierung des Spezialangebotes Essstörungen
- Gezielte Arbeit an Kriterien des EFQM-Modells (Strategie, Prozesse, Ergebnisse)
- Fertigstellung des neuen Leitbildes inklusive Implementierung

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

- Erarbeitung von Erläuterungen zu den Leitgedanken und Beginn der Umsetzung des neuen Leitbildes
- Umsetzung des Spezialangebotes Mutter und Kind ab 01.09.2015
- Schulung des überarbeiteten Therapiekonzeptes
- Durchführung einer Mitarbeiterumfrage
- Durchführung einer Zuweiserbefragung
- Definition von Messgrößen und Leistungsindikatoren im Prozessmanagement
- Durchführung einer Selbstbewertung des Kriterienmodells EFQM durch die erweiterte Klinikleitung mit Dokumentation
- Erarbeitung und Umsetzung eines Konzeptes Aggressionsmanagement mit evidenz-basierten Instrumenten
- Erarbeitung und Integration von Pflegeassessment und Standardpflegeplanungen im KIS
- Umsetzung und Etablierung von Konzepten (Konzept Bezugspflege, Konzept spirituelle Begleitung in der Pflege)

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Umsetzung des neuen Leitbildes
- Umsetzung des Spezialangebots Essstörungen
- Ausbau unseres ambulanten Behandlungsangebotes
- Optimierung des Dokumentenmanagements (Reduktion / Optimierung von Papierformularen)
- Aufbau eines Qualitätsmanagement-Systems nach EFQM (Verpflichtung zur Excellence)
- Aufbau von gezielten Ressourcen im interdisziplinären Team (somatisches und psychiatrisches Know How, guter Skills and Grade Mix)
- Weiterführung von regelmässigen Mitarbeitendenumfragen
- Etablierung von regelmässigen Zuweisendenumfragen
- Weiterentwicklung KIS nach Masterplan

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

Nebst den nationalen Qualitätsmessungen führen wir diverse Ergebnis-Messungen mit dem eigens entwickelten Programm XPsy durch. Mit validierten Instrumenten für die Bereiche Patientenzufriedenheit, Symptom-Verbesserung, Lebensqualität, interpersonelle Probleme, existentielle Erfüllung, Religiosität und therapeutische Beziehung erheben wir Ergebnismessungen intern in der Klinik SGM Langenthal. Die Messungen der Patientenzufriedenheit mit dem PoC 18 erfolgen bei allen Patienten bei Austritt mit insgesamt 18 Items. Quartalsweise Auswertung der PoC 18 Ergebnisse durch die externe Firma CareMetrics Consulting GmbH.

4.2 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr 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
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuweiserbefragung

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr 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 physischer 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"> ▪ CIRS ▪ Patientenrückmeldungen

4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

KIS / Krankenhaus-Informationssystem (seit 2008 eingeführt)

Ziel	Implementierung elektronische Workflows
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinik gesamt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 bis 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Optimierung Dokumentations- und Verordnungs-Prozesse. Eliminierung von Papierformularen.
Methodik	Umstellung von Papier auf elektronische Erfassung, unterstützt durch Workflows
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Medizin-Technik, Therapien, IT, Rechnungswesen
Evaluation Aktivität / Projekt	Halbjährliche Standortbestimmungen
Weiterführende Unterlagen	Verordnungsblatt, Fragen an den Arzt usw.

Systematische Einschätzung der Suizidalität

Ziel	Bei Eintritt systematische, flächendeckende evidenzbasierte Einschätzung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Stationär und Tagesklinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	dauerhaft
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Systematische professionelle Handhabung des Themas Suizidalität
Methodik	NGASR, SSF-II
Involvierte Berufsgruppen	Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Pflegefachpersonen, IT
Evaluation Aktivität / Projekt	Jährliche Überprüfungen
Weiterführende Unterlagen	Suizidalitätskonzept, NGASR, SSF-II, Prozessablauf Suizidversuch usw.

Aufbau ambulante Behandlung mit externem Standort

Ziel	Ausbau Ambulatorium, Synergien für Zuweisungen und ambulanten Nachbehandlungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Psychotherapeutisches Ambulatorium
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 bis 2016

Begründung	Lange Wegzeiten nach Langenthal entfallen und Synergien werden geschaffen mit einem sätzlichen externen ambulanten Standort
Methodik	Gemeinschaftspraxis mit einem Partner
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Psychologen
Evaluation Aktivität / Projekt	Standortbestimmungen im 2016
Weiterführende Unterlagen	Vertrag und Konzept ambulante Tätigkeit

Erarbeitung, Implementierung und Umsetzung Leitbild

Ziel	Leitgedanken mit Erläuterungen prägen unsere Strategie und Kultur
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinik gesamt
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2014-2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Leitgedanken mit Erläuterungen prägen unsere Strategie und Kultur
Methodik	Vision und Mission Top Down / Leitgedanken und Erläuterungen Bottom Up
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Standortbestimmungen in der Umsetzung
Weiterführende Unterlagen	Vision, Mission und Leitbild

Umsetzung eines systematischen Aggressionsmanagements

Ziel	Systematisches Vorgehen mit Unterstützung von evidenz-basierten Instrumenten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Stationär und Tagesklinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015-2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Systematik wo Prävention und Deeskalation im Vordergrund stehen
Methodik	9 Stufen Modell mit Radar-Logik
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Ärzte, Psychologen
Evaluation Aktivität / Projekt	Standortbestimmungen in der Umsetzung
Weiterführende Unterlagen	Konzept Aggressionsmanagement, Bröset, SOAS

Gefährdungsermittlung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Ziel	Gefahren, Risiken, Sicherheitslücken werden erhoben und eliminiert
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015-2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Laufende Unternehmensentwicklung
Methodik	Fragebogen an alle Abteilungsleitungen
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Standortbestimmungen alle 6 Monate
Weiterführende Unterlagen	Anforderungen an Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Definition von Messgrößen und Leistungsindikatoren im Prozessmanagement

Ziel	Prozesse sind stimmig, werden aktualisiert und lassen sich messen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015-2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Kernprozesse werden stärker gewichtet, Prozessowner werden festgelegt, die Prozesse steuern die Behandlung
Methodik	Projekt- und Arbeitsgruppen
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Standortbestimmungen an Steuersitzungen
Weiterführende Unterlagen	Prozessmanagement, Qualitätsanforderungen

Erstellung Datenschutz-Handbuch

Ziel	Übersichtliche praktische Leitlinien
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015-2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Erstellung von Richtlinien, Ablaufprozessen und Beschreibung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung im komplexen Umfeld des Datenschutzes

Methodik	Überarbeitung und Vervollständigung des Datenschutzreglementes durch eine Beauftragte Datenschutz
Involvierte Berufsgruppen	Verwaltung, Kader
Evaluation Aktivität / Projekt	Standortbestimmungen
Weiterführende Unterlagen	Datenschutz-Handbuch

Selbstassessment Modell EFQM

Ziel	Selbstbeurteilung der Modellkriterien EFQM durch die erweiterte Klinikleitung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015-2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Eine Selbstbeurteilung ist die Ausgangslage für ein externes Audit mit dem Ziel des Committed to Excellence
Methodik	Schulung, Fragebogen mit Beurteilungsraster und Bemerkungen, Bericht Selbstassessment
Involvierte Berufsgruppen	Klinikleitung und erweiterte Klinikleitung
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluationssitzung alle 6 Monate
Weiterführende Unterlagen	Bericht Selbstassessment, Bewerbung Committed to Excellence

Bemerkungen

Laufende Qualitätsaktivitäten

Regelmässige Schulungen des Therapiekonzeptes

Kontinuierliche Patientenbefragungen und Ergebnis-Messungen Ein- und Austrittsmessungen mit validierten Instrumenten für Patienten-Zufriedenheit, Symptomveränderung, Lebensqualität, interpersonelle Probleme, existentielle Erfüllung, Religiosität, therapeutische Beziehung.

Mitarbeiterbefragungen alle 2 Jahre Erfassung Organisationsklima (FEO), 88 Items alle 2 Jahre. Bereichsspezifische Diskussion der Ergebnisse mit allen Kadern Erarbeitung entsprechender Massnahmen.

Zuweiserumfrage alle 3 Jahre Erfassung der Zuweiserzufriedenheit mit Benchmark durch die Firma MECON AG.

CIRS

Ideenmanagement

Rückmelde- und Beschwerdemanagement

IKS mit Risikobeurteilung

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz - SIGE, EKAS H+ Branchenlösung

4.3.1 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, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. 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.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

4.4 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	2014	
QUALAB	Labor	2003	2014	
Swiss GAAP FER	Gesamte Klinik	2014	2015	Standard für Rechnungslegung

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 Patientinnen und Patienten beim Austritt gemessen (stationäre und tagesklinische Behandlung). 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. Mit dem PoC 18 beteiligt sich die Klinik SGM Langenthal am Schweizer Benchmark.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2015 in den Abteilungen „Stationär“, „Tagesklinik“ durchgeführt.

Alle Patienten, die stationär oder tagesklinisch behandelt werden, sind bei Austritt in die Befragung eingeschlossen. Ausschlüsse sind kognitive Einschränkungen, Verweigerungen oder nicht vorhandener Fragebogen in deren Sprache.

Abbildung PoC18 Stationär

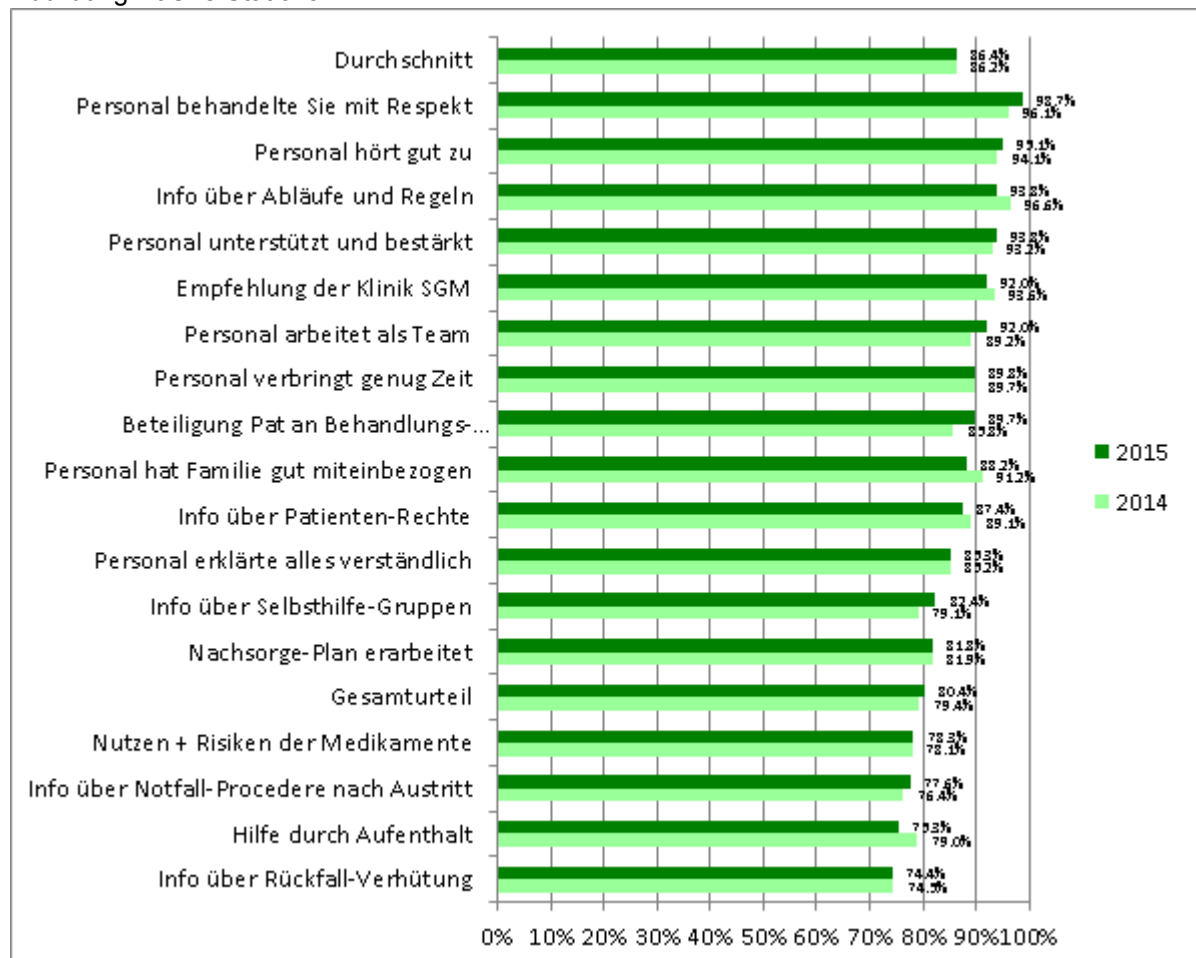
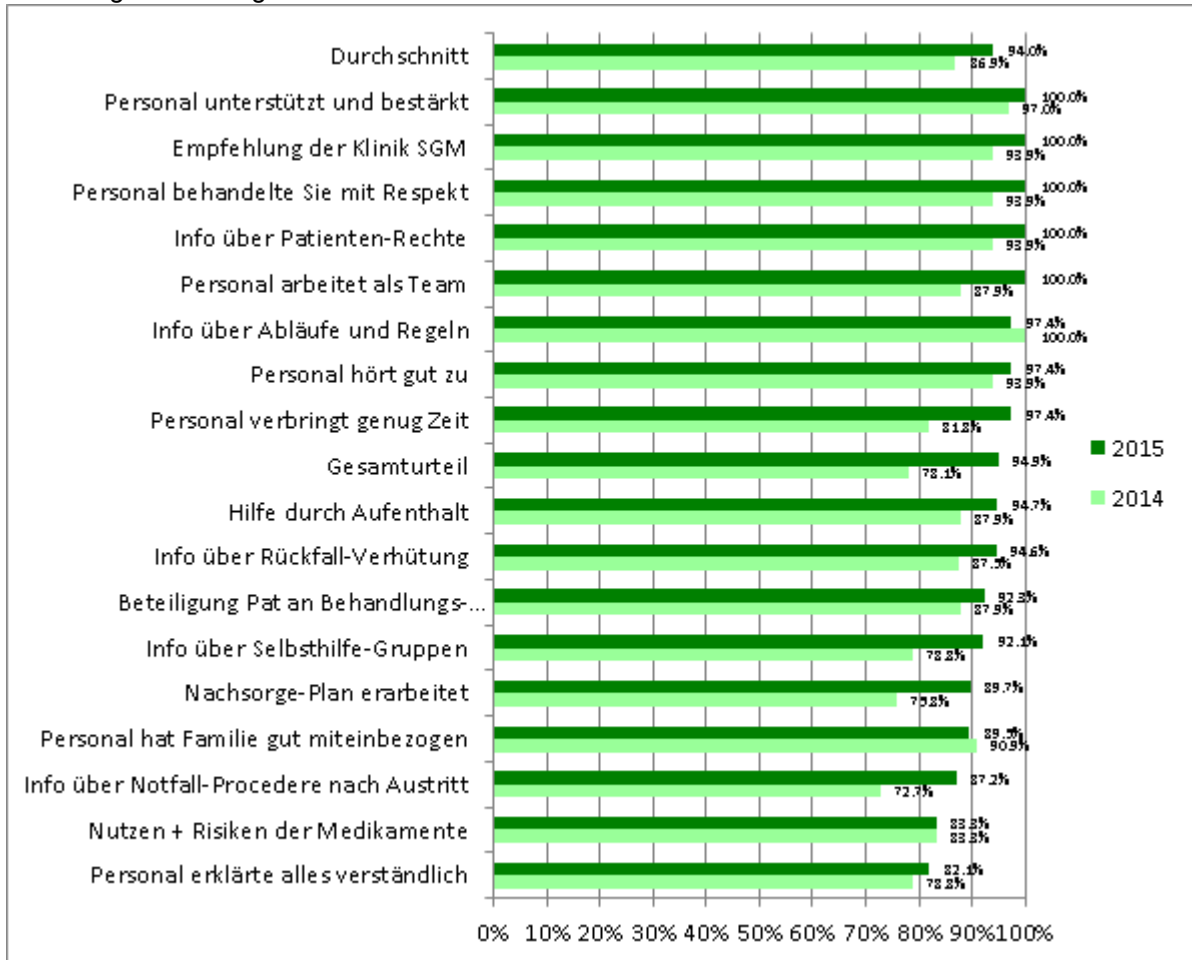


Abbildung PoC18 Tagesklinik



Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Mit 86,4% Zufriedenheit der Patienten im stationären Rahmen und 94% Zufriedenheit in der Tagesklinik weisen wir im Berichtsjahr ausgesprochen gute Zufriedenheitswerte der Patientinnen und Patienten aus. Unser Minimalziel von 80% Zufriedenheit wurde deutlich übertroffen. Die hohe Rücklaufquote ist mit 91,9% (stationär) und 90,7% (tagesklinisch) sehr gut.

Angaben zur Messung

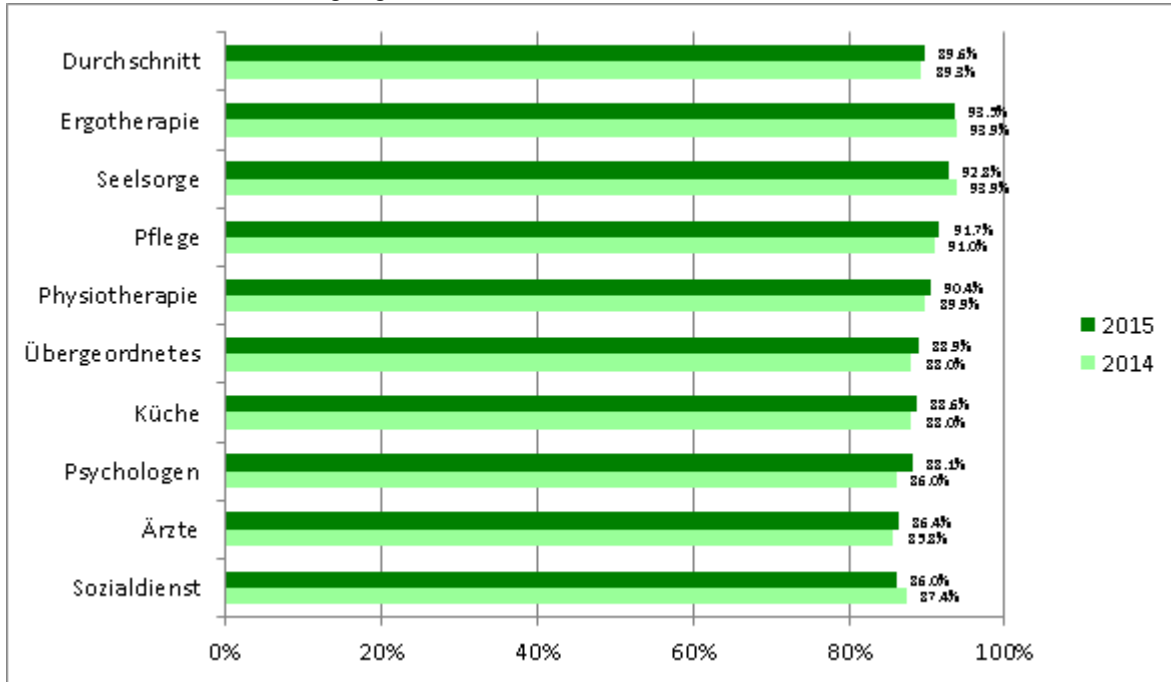
Auswertungsinstitut	CareMetrics Consulting GmbH
Methode / Instrument	POC(-18)

5.1.2 Zufriedenheit über Berufsgruppen

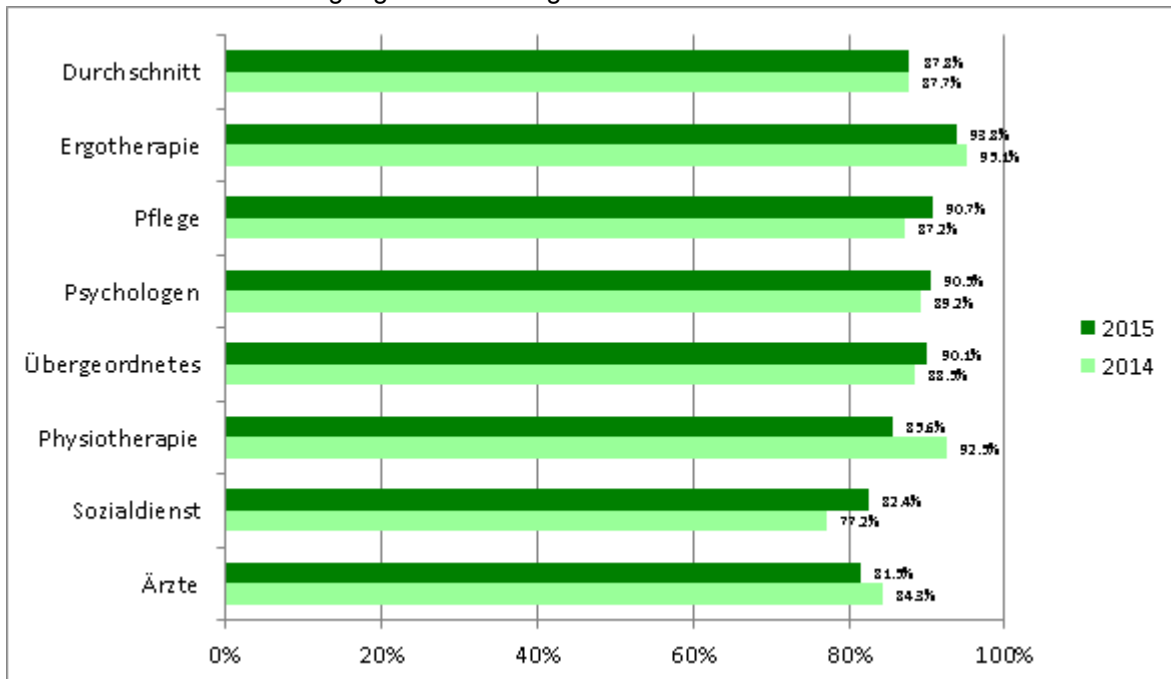
Mit differenzierten Austrittsbefragungen zu allgemeinen und berufsspezifischen Angeboten erhalten wir gezielte Rückmeldungen über die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt. Alle austretenden Patienten stationär und tagesklinisch werden in die Erhebungen eingeschlossen. Ausschlusskriterien sind fehlende Sprache für die Befragung und spontane Austritte.

Austrittszufriedenheitsbefragung Patienten Stationär



Austrittszufriedenheitsbefragung Patienten Tagesklinik



Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Zufriedenheitswerte von 89,6% stationär und 87,8% tagesklinisch bei übergeordneten Themen und spezifischen Angeboten der Berufsgruppen sind herausragende Ergebnisse und übertreffen unsere Minimalanforderungen von 80% bei weitem.

Angaben zur Messung

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

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik SGM Langenthal

Rückmelde- und Beschwerdemanagement

Richard Hebeisen

Geschäftsführer

062 919 23 11

richard.hebeisen@klinik-sgm.ch

Mo-Fr von 06.30-12.00 / 12.30-17.30h

6 Mitarbeiterzufriedenheit

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

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Mitarbeiterumfrage

Die Mitarbeiterbefragung erfolgt alle 2 Jahre und gibt Auskunft über das Ausmass der Zufriedenheit der Mitarbeitenden und zeigt Stärken und Schwächen der einzelnen Bereiche auf.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat Mai in allen Abteilungen durchgeführt. Alle Mitarbeitenden der Klinik SGM Langenthal erhielten eine Information bezüglich Dauer und Durchführung der anonymen Umfrage.

Im Frühsommer führten wir eine standardisierte elektronisch gestützte Mitarbeiterumfrage durch, bei der 108 von 121 Mitarbeitenden teilnahmen. Die Resultate zeigten eine hohe bis sehr hohe Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Am besten bewertet wurde die Skala im Zusammenhang mit der Kollegialität und der Zusammenarbeit. Die Unterschiede in den Bereichen (Zentrale Dienste, Ärztlich-Therapeutischer Dienst, Pflege und Behandlungen) waren 2015 relativ gross.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Obschon die Ergebnisse leicht tiefer ausfielen als 2012, sind wir unter Berücksichtigung der hohen Anforderungen mit Ausbau- und Sanierungsphase sehr zufrieden. Die Unterschiede in den Bereichen waren 2015 zum Teil relativ gross. Dementsprechend wurden die Ergebnisse bereichsspezifisch analysiert und Verbesserungsmassnahmen geplant sowie umgesetzt.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Auf der Grundlage des FEO
---	---------------------------

7 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 Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Zuweiserbefragung

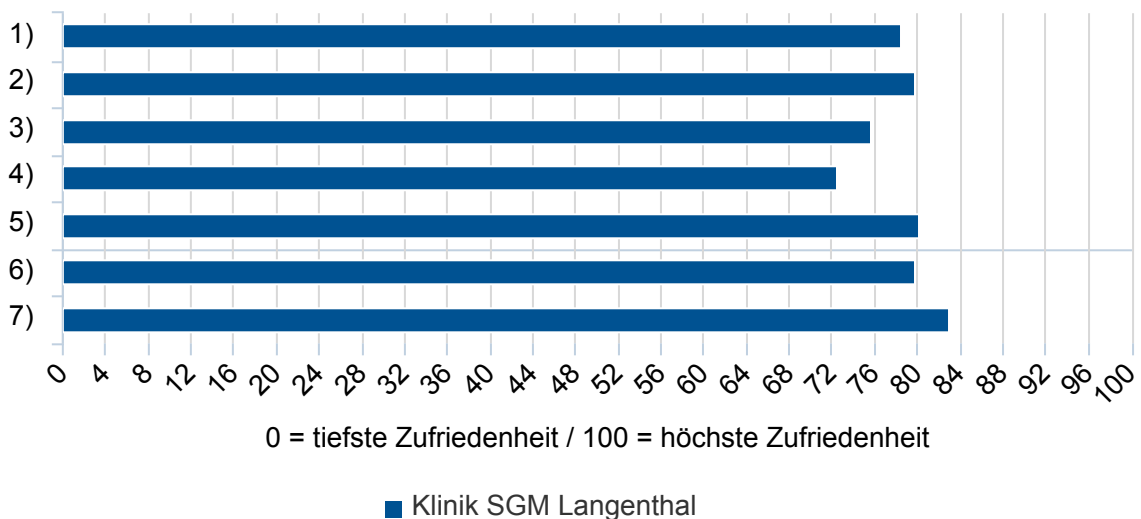
Das Ziel der Zuweisendenbefragung ist zu erfahren, wie zufrieden die Zuweisenden mit unserer Leistung sind und in welchen Bereichen wir uns noch verbessern können.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 11.05.2015 bis 05.07.2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Alle zuweisenden Psychiater/Psychologen und Grundversorger, welche in den letzten 3 Jahren entweder mind. 1 Zuweisung pro Jahr oder in einem Jahr mind. 2 Zuweisungen tätigten. Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Gesamtergebnisse in Prozenten
- 2) Leistungsspektrum
- 3) Organisation
- 4) Einweisungsprozess
- 5) Zusammenarbeit
- 6) Berichtswesen
- 7) Patienten / Image



Messergebnisse in Zahlen									
	Mittelwerte pro Messthemen							Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)		
Klinik SGM Langenthal	78.50	79.80	75.60	72.50	80.20	79.70	82.90	51	13.00 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**Gesamtergebnisse in Prozent der Zufriedenheit**

Durchgehend weisen wir gute bis sehr gute Werte aus. Bei den Bereichen Patienten/Image, Berichtswesen und Zusammenarbeit liegen wir im Benchmark bei den Besten. Im Bereich des Einweisungsprozesses schneiden wir in einzelnen Items schlecht ab, da wir aufgrund unserer Infrastruktur nur ausnahmsweise notfallmässige Eintritte tätigen und wegen der durchschnittlichen 10-14 tägigen Wartezeit vor Eintritt.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Zuweiserbefragung

Behandlungsqualität

8 Wiedereintritte

8.1 Eigene Messung

8.1.1 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 2015 in allen Abteilungen durchgeführt. Alle stationären und tagesklinischen Patientinnen und Patienten werden eingeschlossen in die Messung. Keine Ausschlusskriterien.

Im Berichtsjahr wurden 3 Wiedereintritte dokumentiert.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

3 Wiedereintritte in einem Jahr werten wir als ein gutes Ergebnis.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

9 Stürze

9.1 Eigene Messung

9.1.1 Sturzprotokoll

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

Ziele sind;

- 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 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Bei allen Patienten, nach operativem Eingriff, mit Mobilitätseinschränkung, bei Desorientierung, mit mehr als vier sedierenden Medikamenten, mit mehreren Risikofaktoren, bei Veränderung des Gesundheitszustandes, nach einem Sturz.

Im Berichtsjahr weisen wir keine Stürze aus.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die getroffenen Massnahmen sind wirksam und verhindern oder vermindern ganz klar das Sturzrisiko.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Morse Fall Scale und Sturzprotokoll
---	-------------------------------------

10 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

10.1 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. 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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse 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

Wir führen in unserer Klinik keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen durch und hatten im Betriebsjahr 2015 keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen umgesetzt.

Angaben zur Messung

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

11 Psychische Symptombelastung

11.1 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 Tageskliniken und ambulante 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

HoNOS Adults	2012	2013	2014	2015
Klinik SGM Langenthal				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	2.65	3.40	7.09	19.82
Standardabweichung (+/-)	5.88	6.09	6.63	12.57

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2012	2013	2014	2015
Klinik SGM Langenthal				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	31.90	32.90	35.12	23.44
Standardabweichung (+/-)	26.30	31.48	30.51	19.60

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse 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. Es fanden

mehrere Schulungen für die Verantwortlichen der Qualitätssicherung statt. Die Ärzte und Therapeuten wurden zweimal bezüglich Handhabung des HoNOS intern geschult.

Ergebnisse

BSCL weist eine Effektstärke (Cohens's-D) von 0.96 auf und liegt damit bei einem starken Effekt. Die Ergebnisse des BSCL blieben auf einem guten Niveau stabil und zeigen im Jahr 2015 einen leichten Rückgang.

HoNOS weist eine Effektstärke von 1.58 auf und liegt bei einem sehr starken Effekt. Die Ergebnisse des HoNOS haben sich kontinuierlich verbessert und sind bei einer sehr guten Qualität angekommen.

Qualitätsaktivitäten

Die HoNOS-Daten wurden durch die 14-tägliche Erhebung zur Steuerung des Behandlungsprozesses genutzt. Die Behandlungsplanung erfolgt mit interdisziplinären Zielsetzung und strukturierter Behandlungsplanung.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
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

11.2 Eigene Messung

11.2.1 Lebensqualität (Patienten-Selbsteinschätzung)

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt. Alle Patientinnen und Patienten (stationär und tagesklinisch) werden in die Messungen eingeschlossen.

Fragebogen der WHO zur Lebensqualität

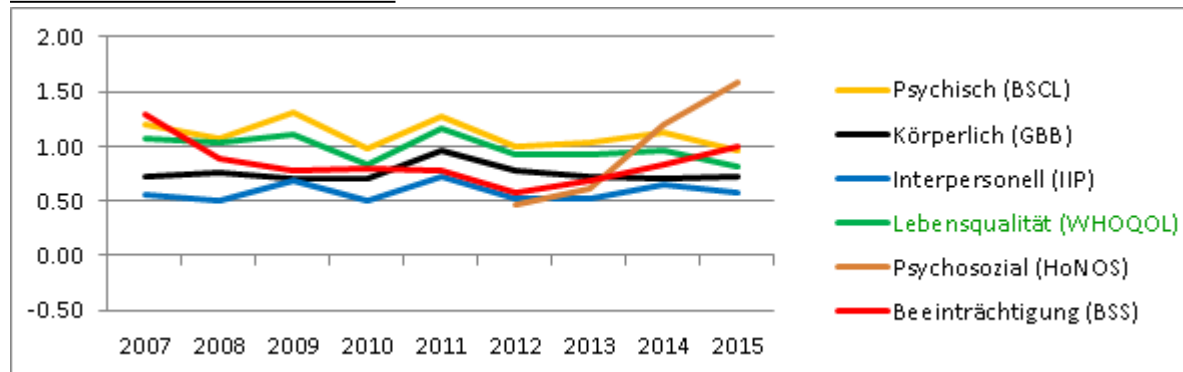
Der Fragebogen der WHO zur Lebensqualität (WHOQOL-BREF) misst die Lebensqualität (Patienten-Selbsteinschätzung).

Effektstärken

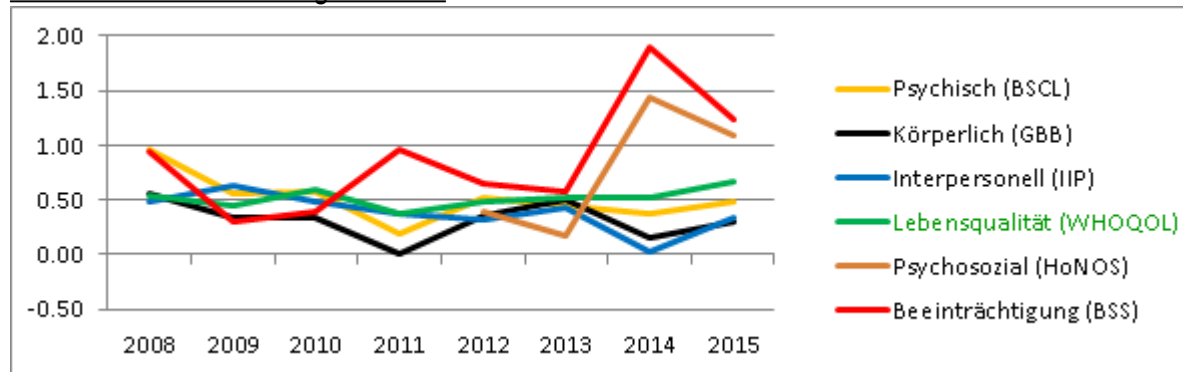
Effektstärken geben das Ausmass der Veränderung eines Wertes im Verhältnis zu seiner Streuung über die Stichprobe an. Sie sind eine allgemein anerkannte Grösse zum Vergleich des Ausmasses von Veränderungen. Ein Effekt wird umso stärker, je geringer die Streuung der Werte einer Skala beim Klinikeintritt ist.

Als geringe Effekte gelten Effektstärken von 0,3; mittlere Effektstärken werden bei 0,6 angesiedelt, und als starker Effekt gilt 0,9 und mehr. Untenstehend abgebildet sind:

Effektstärken Patienten stationär



Effektstärken Patienten tagesklinisch



Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Effektstärke von 0.82 weist im stationären Rahmen einen mittelstarken Effekt aus.

Die Effektstärke von 0.66 weist in der Tagesklinik einen mittleren Effekt aus.



Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	XPsy Klinik SGM
Methode / Instrument	WHOQOL-BREF

12 Zielerreichung und physischer Gesundheitszustand

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Körperliche Symptombelastung GBB (Selbsteinschätzung)

Bei Eintritt und Austritt (stationär, tagesklinisch) wird die körperliche Symptombelastung der Patientinnen und Patienten mittels einer Selbsteinschätzung erhoben.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Alle Patientinnen und Patienten (stationär, tagesklinisch) wurden in die Messungen eingeschlossen.

Giessener Beschwerdebogen

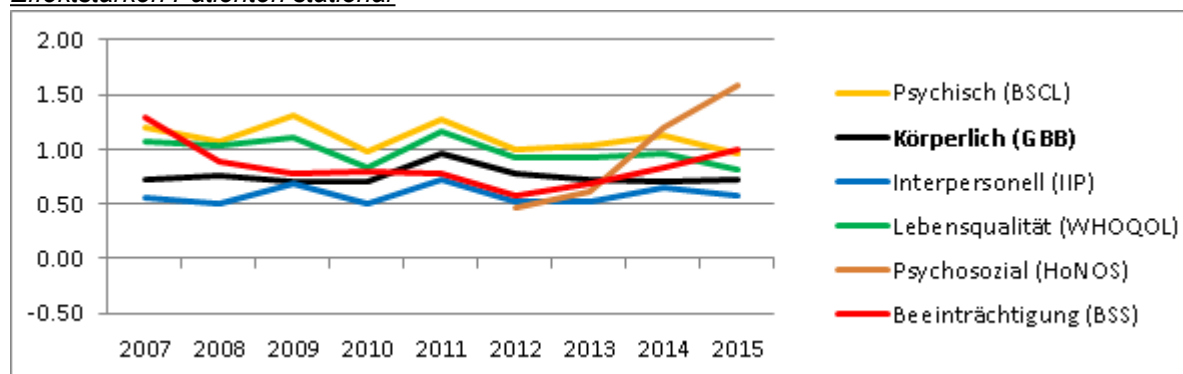
Der Giessener Beschwerdebogen (GBB) misst die körperliche Symptomatik (Patienten-Selbsteinschätzung).

Effektstärken

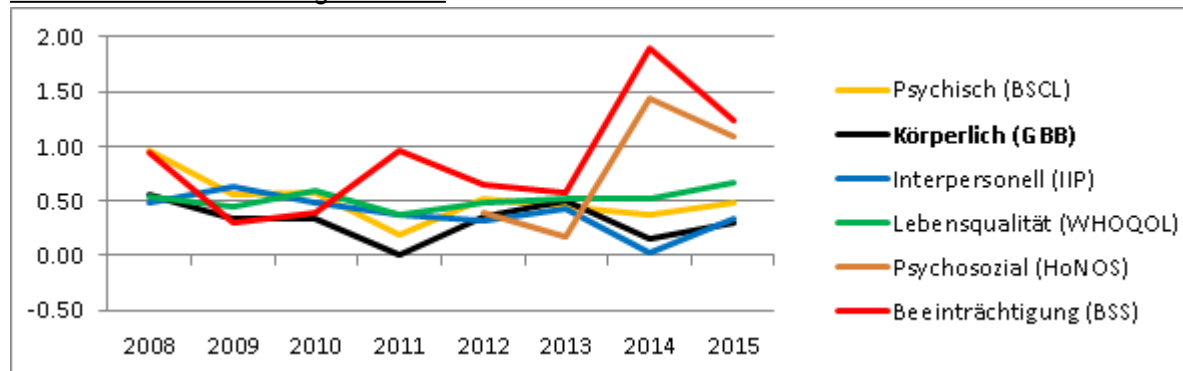
Effektstärken geben das Ausmass der Veränderung eines Wertes im Verhältnis zu seiner Streuung über die Stichprobe an. Sie sind eine allgemein anerkannte Grösse zum Vergleich des Ausmasses von Veränderungen. Ein Effekt wird umso stärker, je geringer die Streuung der Werte einer Skala beim Klinikeintritt ist.

Als geringe Effekte gelten Effektstärken von 0,3; mittlere Effektstärken werden bei 0,6 angesiedelt, und als starker Effekt gilt 0,9 und mehr. Untenstehend abgebildet sind:

Effektstärken Patienten stationär



Effektstärken Patienten tagesklinisch



Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Mit 0.73 Effektstärke weisen wir im stationären Rahmen mittlere bis hohe Effekte aus. Diese Werte haben eine hohe Konstanz über die letzten Jahre.

Die Tagesklinik hat mit 0.31 Effektstärke geringe Behandlungseffekte, dies auch weil die Patienten der Tagesklinik grundsätzlich wenig körperliche Leiden haben.

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

12.1.2 Schwere der Beeinträchtigung BSS (Fremdeinschätzung)

Bei Eintritt und Austritt (stationär, tagesklinisch) wird die Schwere der Beeinträchtigung der Patientinnen und Patienten mittels einer Fremdeinschätzung gemessen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Alle Patientinnen und Patienten (stationär und tagesklinisch) wurden in die Messungen eingeschlossen.

Beeinträchtigungsschwere-Score

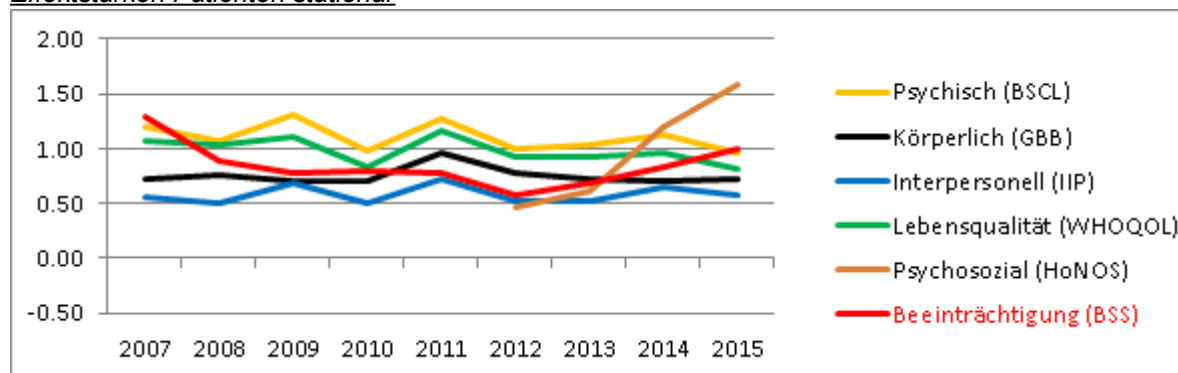
Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) gibt die Einschätzung des Therapeuten bezüglich des Masses der Beeinträchtigung des Patienten wieder (Therapeuten-Fremdeinschätzung).

Effektstärken (Cohen's D)

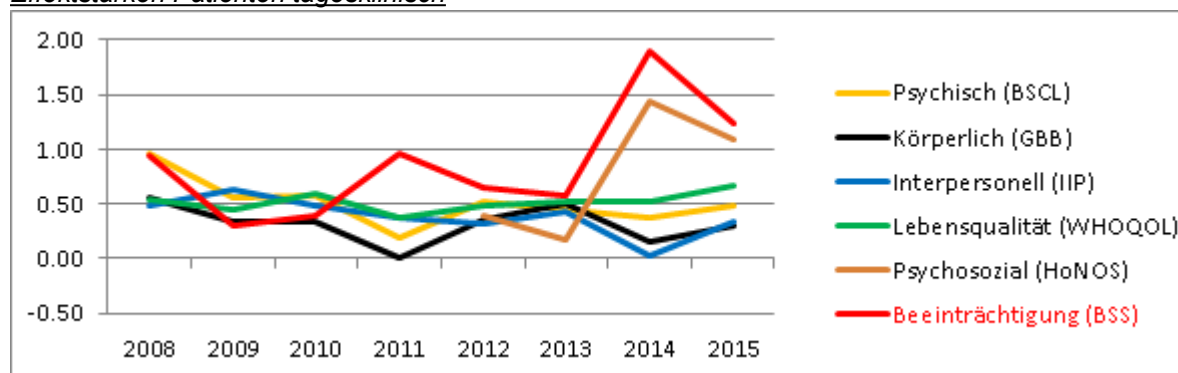
Effektstärken geben das Ausmass der Veränderung eines Wertes im Verhältnis zu seiner Streuung über die Stichprobe an. Sie sind eine allgemein anerkannte Grösse zum Vergleich des Ausmasses von Veränderungen. Ein Effekt wird umso stärker, je geringer die Streuung der Werte einer Skala beim Klinikeintritt ist.

Als geringe Effekte gelten Effektstärken von 0,3; mittlere Effektstärken werden bei 0,6 angesiedelt, und als starker Effekt gilt 0,9 und mehr.

Effektstärken Patienten stationär



Effektstärken Patienten tagesklinisch



Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Effektstärken des BSS sind mit 1.00 stationär und 1.23 Tagesklinik sehr starke Effekte und sind sehr gute Werte.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	XPsy Klinik SGM
Methode / Instrument	Beeinträchtigungsschwere-Score

13 Weitere Qualitätsmessung

13.1 Weitere eigene Messung

13.1.1 CIRS

Sinn und Zweck des CIRS in der Klinik SGM Langenthal

- Der Fokus des CIRS liegt auf der Erkennung von Schwachstellen in den Betriebsabläufen.
- Risiken und Gefahren sollen zum Schutz von Patienten und Mitarbeitenden rechtzeitig erkannt und Massnahmen zu deren Reduktion oder Eliminierung getroffen werden.
- Durch das CIRS soll die Patienten- und Arbeitssicherheit gesteigert und die Qualität verbessert werden.
- Die schon gute Fehlerkultur in unserer Klinik soll durch das CIRS weiter gefördert werden. Nach dem Motto „Aus Fehlern Lernen“.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

Alle Mitarbeitenden der Klinik und alle Patientinnen und Patienten (stationär, tagesklinisch, ambulant) wurden eingeschlossen.

Keine Ausschlusskriterien.

Im Betriebsjahr wurden 30 CIRS-Meldungen dokumentiert, davon 17 mit persönlichen Angaben und 13 anonyme Meldungen.

11 Patientenergebnisse

11 Medikamente

4 Technik/Garten

3 Andere

Bei 7 Meldungen war keine Massnahme nötig wegen vorgängig optimaler Handlungen.

Es wurden 10 konkrete Verbesserungen erzielt.

Nachfolgend sind die wichtigsten aufgeführt:

- Foto der Patienten machen bei Eintritt, um eine Ausschreibung zu erleichtern
- Sensibilisierung Therapeuten und Patientendisposition bzgl. Aufnahmen (Zustand Patient/-in)
- Frühzeitiger Einbezug von Sozialdienst und der externen Schulleitung bei jungen erwachsenen Patienten in Ausbildung
- Erstellung der Richtlinie Vordergrunddienst
- Sensibilisierung der Leitung Sport und Spiel bzgl. Unfallrisiko
- Sensibilisierung der Pflegenden im Medikamentenmanagement
- Reparaturen bei technischen Problemen
- Verbesserte Lichtverhältnisse bei Dunkelheit beim Veloständer (Bewegungsmelder)

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Qualitätsmassnahmen führten zu 10 konkreten Verbesserungen, was bei einer Menge von 30 Meldungen sehr gut ist.

Bei 7 Meldungen musste nichts unternommen werden, da optimal gehandelt wurde.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	CIRS plus
---	-----------

13.1.2 Patientenrückmeldungen

Das Rückmelde- und Beschwerdemanagement ist ein Gefäß für alle Patientinnen und Patienten um differenzierte Rückmeldungen über ihre Behandlung zu geben. Das Ziel ist die Bedürfnisse unserer Patienten zu erfahren und durch gezielte Massnahmen die Behandlung zu verbessern. Es ist für alle Patientinnen und Patienten im Informationsordner zugänglich.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in allen Abteilungen durchgeführt.

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

Insgesamt haben 28 Patienten von der Möglichkeit einer Rückmeldung Gebrauch gemacht. Diese 28 Rückmeldebögen enthalten 74 Aussagen. Davon sind 35 Teilrückmeldungen Lob und 39 Rückmeldungen zu Verbesserungspotentialen.

Aus der Bearbeitung resultierten 11 konkrete Verbesserungen:

- Regelung (Telefon-)störungen bei Ärzten erstellt
- Sensibilisierung Mitarbeitende wird laufend umgesetzt
- Kurs "Wir als Gastgeber" wurde flächendeckend durchgeführt
- Bauarbeiten sind abgeschlossen, Ruhe ist hergestellt, Lüftungen sind eingestellt
- Licht in den Korridoren wurde angepasst
- Patientenwaschküche ist neu eingerichtet
- Nutzung Parkplatz Dreilinden wird bei jeder Einladung für öffentliche Anlässe mitgeteilt
- Zusatzangebote MuKi und ZV werden laufend evaluiert und professionalisiert
- Öffnungszeiten Restaurant konnten wegen mangelnden Umsatzes nicht umgesetzt werden, hingegen wurde ein Snack-/Getränkeautomat installiert
- Zuweisendeneinbezug wurde verstärkt, Umsetzung Erkenntnisse aus Umfrage läuft
- Prozesse und Patientenpfade sind in Arbeit

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Auszug Lob

Bei Lob gab es 15 Nennungen bei den Mitarbeitenden zu den Themen Freundlichkeit, Kompetenz und guter Zusammenarbeit. 8 Nennungen über die Therapie und die inhaltlichen Angebote und 5 Nennungen zum christlichen Hintergrund.

Auszug Kritik

Bei Kritik gab es 10 Nennungen zu Therapie, Therapieplanung und Therapieangebot. 6 Nennungen zu Bau und Sanierung und 4 Nennungen zu den Öffnungszeiten des Restaurants.

Verbesserungen

Aus 28 eingegangenen Rückmeldebogen konnten 11 konkrete Verbesserungen umgesetzt werden. Die Rückmeldungen und die umgesetzten Massnahmen werten wir als sehr positiv.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

14 Projekte im Detail

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

14.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

14.1.1 Leitbild

Projektart: Internes interprofessionelles Projekt

Projektziele

- Auseinandersetzung mit wichtigen Werten unserer Arbeit
- Leitgedanken mit Erläuterungen prägen unsere Strategie und Kultur
- Steigerung der Patienten- und Kundenorientierung
- Verbesserung der Fehlerkultur
- Steigerung der Nachhaltigkeit
- Steigerung der Attraktivität unserer Klinik

Projektablauf / Methode

- Eine Arbeitsgruppe bestehend aus drei Stiftungsräten, der Klinikleitung und der Leiterin Tagesklinik erarbeitete Vision, Mission und wichtige Werte.
- Das Kader und eine Arbeitsgruppe Konsolidierung erarbeiteten Leitsätze.
- Eine externe Firma verdichtete die Ergebnisse zu 6 Leitsätzen.
- Alle Abteilungen der Klinik gaben zu den 6 Leitsätzen Erläuterungen aus ihrem Bereich ein.
- Die über 300 Erläuterungen wurden inhaltlich analysiert und durch die Arbeitsgruppe Konsolidierung zu 24 Erläuterungen verdichtet.
- Die 6 Leitsätze mit je 4 Erläuterungen wurden an einem Informationsanlass interaktiv vorgestellt.
- An einem Kaderworkshop wurden Massnahmen zur Umsetzung erarbeitet.
- Die Umsetzungsmassnahmen werden ab Januar 2016 laufend umgesetzt.

Involvierte Berufsgruppen

Alle

Projektevaluation / Konsequenzen

Stand der Umsetzung: Erarbeitung Leitbild und Information sind abgeschlossen.

Die Massnahmenplanung zur Umsetzung der Leitsätze steht. Laufende Umsetzung der Massnahmen ab Januar 2016.

Erkenntnisse:

- Positiver Einfluss bei der Auseinandersetzung mit unseren Grundwerten
- Wichtige ethische und christliche Werte wurden hervorgehoben
- Gemeinsame Ausrichtung und verstärkte Zusammenarbeit
- Stärkeres Gewicht auf die Kernkompetenzen und die christliche Grundhaltung der therapeutisch tätigen Mitarbeitenden und Kadermitarbeitenden
- Weitere Festigung der Ausrichtung in der Strategie der Personalpolitik
- Steigerung der Identifikation bei etlichen Mitarbeitenden

Weiterführende Unterlagen

- Vision und Mission
- Leitbild kurz
- Leitbild mit Erläuterungen

14.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

14.2.1 Mutter und Kind

Projektart: Internes Projekt

Projektziele

Ausbau und Professionalisierung des Angebots Mutter und Kind
Mutter kann behandelt werden und das Baby mitnehmen
Förderung der Beziehung Mutter-Kind
Verbesserung der Infrastruktur
Gesellschaftliche Verantwortungsübernahme durch das Angebot
Steigerung der Attraktivität unserer Klinik

Projektablauf / Methode

Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Geschäftsführer, Leitender Arzt Stationäre Dienste, Stationsleiter Pflege und zwei Mitarbeiterinnen Pflege erarbeitete das Rahmenkonzept und deren Umsetzung. Auf beiden Stationen werden je zwei Plätze für Mutter und Kind angeboten. Das Marketing des Angebotes wurde laufend und professionell umgesetzt. Erfahrungen aus einer externen Visitation konnten einbezogen und infrastrukturelle Veränderungen in der Sanierung berücksichtigt werden. Die Umsetzung erfolgte ab 01. September 2015. Nach 3 Monaten fand eine Erstevaluation mit einer Massnahmenplanung zur Optimierung statt.

Involvierte Berufsgruppen

Klinikleitung, Ärzte, Pflege, Psychologen, Finanzen, Administration, Marketing

Projektevaluation / Konsequenzen

Stand der Umsetzung: Schon nach 3 Monaten konnten wir auf Erfahrungen von insgesamt sechs behandelten Müttern mit Babys zurückgreifen.

Erkenntnisse: Schon nach kurzer Zeit zeigte sich eine grosse Nachfrage nach dem Angebot Mutter und Kind und wir hatten laufend Anmeldungen. Wir erhielten durchwegs sehr gute Rückmeldungen von den Müttern. Aufgrund von sehr betreuungsintensiven Babys stellten sich Fragen zu fixen Betreuungszeiten, Springerdienste oder die Unterstützung durch freiwillige Mitarbeiterinnen.

Weiterführende Unterlagen

- Flyer Mutter und Kind
- Konzept Mutter und Kind

14.2.2 Nachsorge/Schutz von Mitarbeitenden

Projektart: Internes Projekt

Projektziele

Systematische Nachbetreuung und Schutz der Mitarbeitenden nach einem sehr belastenden Ereignis mit klaren Handlungsanweisungen

Festlegung der Verantwortlichkeiten Vorgesetzte oder Care Team

Festlegung der Aufgaben und des Prozessablaufes nach einem sehr belastenden Ereignis für Mitarbeitende

Projektablauf / Methode

Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Leitendem Arzt Ambulante Dienste, Leiterin Tagesklinik, Stationsleiterin Pflege und Leitung Pflege und Behandlungen erarbeitete eine Richtlinie Nachsorge/ Schutz für Mitarbeitende nach belastenden Ereignissen. Bei verschiedenen Situationen erfolgte eine Zuteilung der Zuständigkeiten zu der vorgesetzten Stelle oder zum Care Team. Aufgaben und Kompetenzen der Vorgesetzten und des Care Teams wurden beschrieben sowie einen Ablaufprozess festgelegt.

Involvierte Berufsgruppen

Klinikleitung, Ärzte, Pflege, Psychologen, Administration

Gelungsbereich: Gesamte Klinik, alle Mitarbeitenden

Projektelevaluation / Konsequenzen

Bisher noch keine Ereignisse

Weiterführende Unterlagen

- Richtlinie Nachsorge/Schutz von Mitarbeitenden

14.2.3 Aggressionsmanagement

Projektart: Internes Projekt

Projektziele

Systematischer und professioneller Umgang mit Aggressionen

Kennen von Ursachen und Merkmalen von Aggression und Gewalt

Es bestehen Handlungsanweisungen zu Prävention und Deeskalation

Anwendung von Arbeitsinstrumenten zum 9-Phasen Modell

Einsatz von evidenz-basierten Instrumenten zur Einschätzung und Erfassung von Aggressionen

Projekttablauf / Methode

Die Arbeitsgruppe Pflegequalität erarbeitete ein Konzept Aggressionsmanagement. Für die Einschätzung der Aggression wurde das Instrument Bröset und für die Erfassung von Ereignissen das Instrument SOAS ausgewählt. Nach Schulungen in den Pflgeteams und einer interdisziplinären Schulung der Ärzte und Psychologen mit Abmachungen zur Anwendung, erfolgte die Umsetzung auf Dezember 2015.

Involvierte Berufsgruppen

Pflege, Ärzte, Psychologen

Projektelevaluation / Konsequenzen

Eine Evaluation ist auf Mai 2016 geplant.

Weiterführende Unterlagen

- Konzept Aggressionsmanagement
- Einschätzungsinstrument Bröset
- Erfassungsinstrument SOAS
- Erfassung Zwangsmassnahmen

14.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

14.3.1 Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Projektart: Internes Projekt

Projektziele

Systematische Umsetzung der Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Systematische Gefährdungsermittlung in der gesamten Klinik mit Massnahmenplanung

Laufende Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen

Projekttablauf / Methode Die Leitungsassistentin organisierte in Zusammenarbeit mit dem Sicherheitsbeauftragten die Durchführung der Gefährdungsermittlung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz mittels adressatengerechten Fragebogen. Alle Bereichs- und Abteilungsleitungen füllten den Fragebogen aus und erstellten einen Massnahmenplan. Die Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen werden laufend durchgeführt.

Involvierte Berufsgruppen

Alle

Projektelevaluation / Konsequenzen

Noch keine Ergebnisse vorhanden

Weiterführende Unterlagen

- Fragebogen Gefährdungsermittlung
- Verbesserungsmaßnahmenplan
- Auflagen H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

15 Schlusswort und Ausblick

Schlusswort

Bei uns wird Qualität gross geschrieben. Schwächen sollen frühzeitig erkannt und in Stärken umgewandelt werden. Seit 2000 erfolgen kontinuierliche Ergebnismessungen, um unser Therapiekonzept und damit die Behandlungsergebnisse zu optimieren.

Motto:

«Mit professionellen Angeboten und stetiger Unternehmensentwicklung zu einer überaus hohen Zufriedenheit aller Beteiligten»

Ausblick

Die strategischen Hauptthemen im Betriebsjahr 2016 bilden der Wechsel des Chefarztes und der Leitung Pflege und Behandlungen, die Umsetzung des Leitbildes, die Förderung der Kundenorientierung, die Bewerbung für die Leistungsaufträge beim Kanton Bern und die Erreichung der Qualitätskriterien für die Spitalliste 2017. Des Weiteren stehen die Weiterentwicklung im Prozessmanagement, die Umsetzung des Spezialangebotes Essstörungen und der Ausbau des psychiatrischen Ambulatoriums mit einem externen Standort im Vordergrund.

Weitere Qualitätsschwerpunkte bilden folgende Themen ab;

- Etablierung des Spezialangebotes Mutter und Kind
- Umsetzung und Konsolidierung des Aggressionsmanagements
- Umsetzung des Managementsystem EFQM
- Weiterführung der Arbeitsgruppe Dokumentenoptimierung
- Schnittstellen-Integration - externe Daten ins interne KIS (Klinikinformationssystem)
- Workflow-Prozesse im KIS integrieren
- Weiterführung Zertifizierung REKOLE

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot. Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F8	Entwicklungsstörungen
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 Pflēgetage** 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 Pflēgetage) 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 Pflēgetage 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.

Angebote stationäre Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflēgetage
Psychosomatische Rehabilitation	0.00	71	3386

Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)

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.

Angebote ambulante Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte
Psychosomatische Rehabilitation	0.00	0

Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

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 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** 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.

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 Langenthal (im Haus)	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 Psychiatrie	1
Facharzt Innere Medizin mit Ausweis Psychosoziale und Psychosomatische Medizin	1
FachpsychologInnen	1
Assistenzärzte	3

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
Ernährungsberatung	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.



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**).



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



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