



Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+

Version 7.0



Psychiatrie



Rehabilitation

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

Freigabe am:
durch:

28. März 2014
Ellenberger Urs, Leitung Qualitätsmanagement

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

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

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

Zielpublikum

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

Bezeichnungen

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichts zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	3
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013.....	3
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	3
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
C1	Angebotsübersicht	4
C2	Kennzahlen 2013	5
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2013	5
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2013	6
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	6
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz.....	6
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	7
C4-4	Personelle Ressourcen.....	7
D	Zufriedenheitsmessungen	7
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	7
D2	Angehörigenzufriedenheit.....	9
D3	Mitarbeiterzufriedenheit	9
D4	Zuweiserzufriedenheit.....	9
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	10
E2	Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie	10
E2-1	Erwachsenenpsychiatrie	11
E3	Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation.....	12
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013	13
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen.....	13
F6	Weiteres Messthema	14
G	Registerübersicht	15
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	16
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	16
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	16
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	17
I	Schlusswort und Ausblick	20

A

Einleitung

Vorwort 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 Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 der **Klinik SGM Langenthal** wertvolle Informationen liefern zu können.

Beschrieb Klinik SGM Langenthal

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

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

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

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

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

Unser Leistungsangebot umfasst das gesamte Spektrum psychosomatischer Erkrankungen. Frauen und Männer mit Drogen- und Alkoholproblemen, fremdgefährdendem Verhalten, Selbstgefährdung ohne Absprachefähigkeit sowie mit erheblichen hirnorganischen Einschränkungen können nicht aufgenommen werden.

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

Der interdisziplinäre Behandlungsansatz umfasst Einzel- und Gruppenpsychotherapie inklusive Gesprächstherapie, Bezugspflege, Pharmakotherapie, soziale Beratung, Ergo-, Gestaltungs- und Musiktherapie, Physiotherapie und Seelsorge. Das multiprofessionelle Zusammenspiel der

Behandlungsteams sowie die professionelle Behandlung und Betreuung unserer Patientinnen und Patienten mit hoher Menschlichkeit zeichnen uns aus.

Nach Vorliegen der Spitalliste 2012 wurde die Neupositionierung unter den erhaltenen Leistungsaufträgen angegangen. Das Ärztliche Führungsmodell wurde angepasst und der Schwerpunkt sorgfältig in Richtung Psychosomatik verschoben. Diese Arbeiten werden 2014 weiter geführt. Verschiedene Vorbereitungsarbeiten für die Anbau- und Sanierungsphase wurden durchgeführt.

Im Jahre 2013 wurden 324 (Vorjahr 317) stationäre, 67 (Vorjahr 50) tagesklinische und 731 (Vorjahr 855) ambulante Patienten behandelt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 45.7 Tage (Vorjahr 47.6 Tage). Insgesamt beschäftigt die Klinik SGM Langenthal in zwei Gebäuden 120 Mitarbeitende, die 77.91 Vollzeitstellen abdecken.

Der Qualitätsausschuss besteht aus der Klinikleitung mit allen Bereichsleitern und dem therapeutischen Qualitätsbeauftragten.

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

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

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Qualitätsstrategie

- Laufende Unternehmensentwicklung.
- Sicherung nachhaltiger sehr guter 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 herauschälen und weiter entwickeln helfen
- bindet alle Bereiche, Abteilungen und Mitarbeitenden ein
- strebt nach andauernder Verbesserung
- orientiert sich an einer pragmatischen Verhältnismässigkeit und
- erhebt standardisiert Patienten- und anderen Daten und nutzt sie für die Verbesserung der Therapie
- evaluiert laufend die Ergebnisse
- optimiert und steuert die Unternehmensentwicklung
- fördert die Gesundheit der Mitarbeitenden
- hält die gesetzlichen, staatlichen und kantonalen Vorgaben ein
- dokumentiert Arbeitsabläufe und Regelungen spezieller Situationen (z.B. Vorgehen bei Beschwerden, Suizid, u.a.)

- kooperiert mit Berufsverbänden
- gibt gegen aussen ein transparentes Bild der Arbeit in der Klinik ab.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

- Gründung eines Qualitätszirkel mit dem Ziel in regelmässigen Treffen ausgewählte Qualitätsthemen zu bearbeiten
- Evaluation eines Qualitätsmanagement-Systems
- Vorbereitungsarbeiten zum Erstellen eines qualifizierten Qualitätsberichts
- Weiterführung der Umsetzung des ärztlichen Führungsmodells
- Evaluation des Leitbildes der Klinik

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

- Einführung von systematischen Einschätzungen der Suizidalität mit evidenz-basierten Instrumenten
- Definition und Zuteilung von Aufgaben und Rollen im Qualitätsmanagement
- Überarbeitung von Konzepten (Qualitätskonzept, Therapiekonzept, Abteilungskonzept Sozialdienst)
- Erstellung eines Abteilungskonzeptes Seelsorge und eines Konzeptes Suizidalität
- Anpassung und Neuerstellung von Prozessen (Prozessmanagement)
- Erstellung einer Richtlinie Vorgehen bei Wissenskonflikten
- Dokumentenanbindung ins KIS (Klinikinformationssystem)
- Notfallsystem für KIS eingerichtet

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Entwicklung Leitbild mit Vision, Mission und Leitsätzen
- Optimierung des Dokumentenmanagements (Reduktion / Optimierung von Papierformularen)
- Erarbeitung eines qualifizierten Qualitätsberichts
- Aufbau eines Qualitätsmanagement-System nach EFQM (Verpflichtung zu Exzellenz)

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Andere Organisationsform:

Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	110%	Stellenprozente zur Verfügung.
---	------	--------------------------------

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

www.klinik-sgm.ch

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Klinik SGM Langenthal → Kapitel „Leistungen“.

C1 Angebotsübersicht

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

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Psychotherapie	
Psychologie	
Mutter und Kind	
Sozialdienst	
Ergo- und Gestaltungs-, Maltherapie	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Zürich
Physiotherapie	Berner Fachhochschule (BFH), Bern

Musiktherapie	
Seelsorge	
Ernährungsberatung	Konsiliardienst

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

www.klinik-sgm.ch
Bemerkung

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2013

Kennzahlen ambulant			
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen
Ambulant	731	---	---
Tagesklinik	67	15	37.4

Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Geleistete Pflegetage
Stationär	24	194	45.37	8802
Fürsorgerische Unterbringung bei Eintritt (unfreiwilliger Eintritt)	---	0	0	0

Hauptaustrittsdiagnose			
ICD-Nr.	Diagnose	Anzahl Patienten	In Prozent
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	3	2%
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0	0
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	35	18%
F3	Affektive Störungen	120	61%
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung	24	12%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	0	0
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5	3%
F7	Intelligenzminderung	0	0
F8	Entwicklungsstörungen	2	1%
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2	1%
	Weitere	3	2%
	Total	194	100%

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2013

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

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

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2013 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 Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflgetage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebote stationäre Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Psychosomatische Rehabilitation		97	4402

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbare, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- 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.

Eigene externe Angebote in anderen Spitälern / Kliniken	stationär	ambulant
Psychiatrischer Konsiliardienst in der Stiftung SBE Wegmatte, Trubschachen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
Ausbildungsverantwortung für die Klinik Wysshölzli, Herzogenbuchsee	Bildung
Kooperation mit dem Alterszentrum Haslibrunnen, Langenthal	Bildung

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

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

- i Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

C4-4 Personelle Ressourcen

Vorhandene Spezialisierungen	Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort)
Facharzt Allgemeine und Innere Medizin mit Fachausweis Psychosomatik	0.7
Facharzt Psychiatrie mit Fachausweis Psychosomatik	
Facharzt Psychiatrie	0.3

- i 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 (pro Standort)
Psychologen	0.8
Pflege	7.4
Physiotherapie	0.6
Ergotherapie	0.6
Sozialdienst	0.4
Seelsorge	0.3
Musiktherapie	0.2

- i 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**.

D

Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:			Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			

<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	Stationär und in der Tagesklinik mit kontinuierlichen Messungen
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	82,9%	Durchschnittswert PoC 18 Soll-Wert von 80% wurde übertroffen
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Stationär	84,1%	
Tagesklinik	81,7%	
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Mecon	<input type="checkbox"/>	Anderes externes Messinstrument
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments	Name des Messinstituts
<input type="checkbox"/>	PEQ		
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)		
<input checked="" type="checkbox"/>	POC(-18)		
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark		
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument	XPsy	
Beschreibung des Instruments		Ergebnis-Messungen erfolgen in dem eigens entwickelten Programm XPsy mit validierten Instrumenten für die Bereiche Patientenzufriedenheit, Symptom-Verbesserung, Lebensqualität, interpersonelle Probleme, existentielle Erfüllung, Religiosität und therapeutische Beziehung intern in der Klinik SGM. Quartalsweise Auswertung des PoC 18 Ergebnisse durch die externe Firma (CareMetrics Consulting GmbH).	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	ALLE eintretenden Patienten der Klinik SGM		
	Ausschlusskriterien	-Kognitiv nicht in der Lage -Fragebogen in Sprache nicht verfügbar -Verweigerung des Pat.		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	4. Q 48 von 49	TK 17 von 17		
	3. Q 77 von 79	TK 20 von 20		
	2. Q 52 von 64	TK 10 von 16		
	1. Q 50 von 59	TK 8 von 10		
Rücklauf in Prozent	88%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben- zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement (BM) / eine Ombudsstelle (OS) .

Bezeichnung der Stelle	BM: Geschäftsführung OS: Obudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern
Name der Ansprechperson	BM: Richard Hebeisen OS: Roman Manser
Funktion	
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	BM: 062 919 22 11 / richard.hebeisen@klinik-sgm.ch OS: 032 331 24 24 / info@ombudsstelle-spitalwesen.ch
Bemerkungen	Beschwerdemanagement intern vorhanden Ombudsstelle extern vorhanden

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Vorgehen bei Wertedifferenzen	Klares Vorgehen bei Wissenskonflikten und Wertedifferenzen	Richtlinie erarbeitet durch die Ethikberatung	01.04. – 23.10.2013
Therapieplan	Klärung von Zuständigkeiten sowie Organisation von Zusatzterminen	Pflege	30.09. – 05.10.2013
Raucherregelung	Anpassung der Raucherregelung	Pflege	04. 11. – 22.11.2013

D2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigen-zufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

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

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012
Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2016

D4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweiser (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiser-Zufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.

<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014



Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs 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 Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

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

E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Die ANQ-Messvorgaben gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet. Zusätzlich werden freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben, insofern eine Klinik solche einsetzt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Erwachsenenpsychiatrie			
Symptombelastung mittels HoNOS Adults (Fremdbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung mittels BSCL (Selbstbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels EFM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

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

National vergleichende Messergebnisse
Der nationale Vergleichsbericht Outcome (Messungen 2013) wird im Herbst 2014 auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie

E2-1 Erwachsenenpsychiatrie

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung)
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Bemerkung		

Symptombelastung mittels HoNOS Adults

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

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹	Maximal mögliche Verbesserung
3.29	6.22	- 48 Punkte	+ 48 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Anzahl auswertbarer Patientendaten beträgt: n=283 (290; 97.6%). Die Ergebnismessung (gemittelte Differenzwerte) zeigte, dass Patienten sich durchschnittlich um 3.29 Punkte verbesserten. Im Rahmen einer Standardabweichung (also bei 68.3%) sind dies Veränderungen von bis zu 12.44 Punkten.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Symptombelastung mittels BSCL

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

Klinikindividuelle Ergebnisse			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ²	Maximal mögliche Verbesserung
30.22	31.77	- 212 Punkte	+ 212 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Anzahl auswertbarer Patientendaten beträgt: n=241 (290; 83.1%). Die Ergebnismessung (gemittelte Differenzwerte) zeigte, dass Patienten sich durchschnittlich um 30.22 Punkte verbesserten. Im Rahmen einer Standardabweichung (also bei 68.3%) sind dies Veränderungen von bis zu 63.54 Punkten.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			

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

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

Begründung	
------------	--

Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM

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 gerontotypische Sicherheitsmassnahmen wie Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen
National vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: www.anq.ch/psychiatrie Deskriptive Angaben zur Erhebung finden sich im Kapitel F4.

Verbesserungsaktivitäten in der Erwachsenenpsychiatrie

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Einführung systematische Einschätzung der Suizidalität	Flächendeckende und standardisierte Einschätzung der Suizidalität von allen Patienten bei Eintritt und im Behandlungsverlauf	Pflege, Ärzte, Psychologen Stationär, Tagesklinik	10.08.2012 – 30.06.2013
Externe Weiterbildung zum HoNOS	Erhalt theoretischer und praktischer Grundkenntnisse zur allg. Handhabung und Erhöhung der Interrater-Reliabilität im HoNOS	QS-Mitarbeiter, Psychologin	25.04.2013
Erarbeitung durch Ethikberatung: Erstellung Richtlinie zum Vorgehen bei Wissenskonflikten	Bei Differenzen in der Werthaltung oder bei Wissenskonflikten haben die Mitarbeitenden ein Instrument welches ein klares Vorgehen vorgibt.	Gesamte Klinik	10.04.2013 – 21.10.2013
Klinikinterner Workshop zur Verbesserung der Interrater-Reliabilität im HoNOS	Konsistente Einschätzung auf Symptom, resp. Syndromebene unter Berücksichtigung objektiver Beurteilungskriterien	Ärzte, Psychologen	17.09.2013, 08.10.2013
Überarbeitung Therapiekonzept	Anpassung Therapiekonzept sowie Sensibilisierung der Ärzte/Therapeuten und Integration des Konzepts in den Alltag	Ärzte	05.05.2013 – 20.04.2014

E3 Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation

Am 1. Januar 2013 starteten die nationalen Datenerhebungen in den Rehabilitationskliniken und in den Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler.

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Rehabilitation:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messungen teil:		
	Ja	Nein	Dispens

Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bereichsspezifische Messungen für			
a) muskuloskeletale Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) neurologische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) kardiale Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) pulmonale Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) andere Rehabilitationstypen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

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



Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Intensität von Isolation und Fixierung (Intensität = Häufigkeit * Dauer pro Fall) sowie Dokumentation der Häufigkeit von Zwangsmedikation oral, Zwangsmedikation Injektion, Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und Sicherheitsmassnahmen im Bett.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?

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

Messergebnisse

Freiheitsbeschränkende Massnahmen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Im Betriebsjahr fanden keine Freiheitsbeschränkenden Massnahmen statt.	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013

<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde im Rahmen einer ANQ Messung eingesetzt.	Name des Instruments:	<input type="checkbox"/> EFM <input type="checkbox"/> Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen (LPZ)
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl Patienten mit einer Freiheitsbeschränkender Massnahme		

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

F6 Critical Incident Reporting System (CIRS)

Messthema	CIRS plus
Was wird gemessen?	Kritische Ereignisse, Fehler und Schäden

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
Anzahl Meldungen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
41	10 Meldungen ohne Massnahmen, da optimal gehandelt wurde
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
	Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	CIRS plus
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle
	Ausschlusskriterien	Keine
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		324
Bemerkung		Meldungen beziehen sich nicht zwingend auf Situationen mit Patienten. Pro Patient kann es Mehrfachmeldungen geben.

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Richtlinie Laborwerte und Info an Dienstarzt	Gewährleistung, dass Dienstärzte relevante Laborwerte vor dem Wochenende erhalten	Ärzte	Februar 2013
Neue Clientversion für Medikamentenmanagement im KIS	Verbesserung in der Anwendung, Fehlerminimierung	Ärzte, Pflege	März 2013
Installation Herdschutz in Küche Tagesklinik	Vorbeugung Brandfall	Pflege Tagesklinik	Mai 2013
Instruktion Pflege bezgl. neuer Zentrifuge	Flächendeckende Anwendung der Zentrifuge	Pflege stationär	Juni 2013
Fortbildung Schweigepflicht versus	Wissensvermittlung bezgl. den Zusammenhängen	Ärzte, Psychologen, Pflege	Juli – September 2013

Patientenschutz	Schweigepflicht und Patientenschutz		
Nachinstruktion Ärzte bezgl. Medikamentenverordnungen im KIS	Sichere Anwendung, Fehler reduzieren	Ärzte	August 2013

F7 Ideenmanagement

Messthema	Ideenmanagement
Was wird gemessen?	Eingabe von Ideen der Mitarbeitenden

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
Anzahl Meldungen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
3	
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Ideenmanagement
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden	
	Ausschlusskriterien	Keine	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten			
Bemerkung		Ideen beziehen sich nicht zwingend auf Situationen mit Patienten.	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Merkblatt Fahren von Fahrzeugen für eintretende Patienten	Information an Patienten vor dem Eintritt	Administration, Pflege, Ärzte	Mai 2013
Auffinden ICD 10 Codes	Zeitersparnis durch Suchmaske im Intranet und im KIS	Ärzte	September 2013



Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren

Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

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



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

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

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Labor	Qualab für verlässliche Labor-Ergebnisse	Gesamte-Klinik	aktiv
KIS (digitales Krankenhaus Informationssystem)	Standardisierte Verlaufsdocumentation, elektronische Medikation, Terminkalender Dateien, Formulare, Vorlagen	Gesamte-Klinik	aktiv
Patienten-Befragung / Ergebnis-Messung: Therapie, Übergeordnetes und Berufsgruppen	mit validierten Instrumenten für Patienten-Zufriedenheit, Symptomverbesserung, Lebensqualität, interpersonelle Probleme, existentielle Erfüllung, Religiosität, therapeutische Beziehung	Gesamte-Klinik	aktiv
Risk-Management mit unserem Versicherungsbroker Swissbroke	Gewährleistung optimale Versicherungsdeckung	Gesamte-Klinik	aktiv
IKS mit Risikobeurteilung	Risiken erkennen und bewerten Massnahmen zur Reduktion festlegen und durchführen	Gesamte-Klinik	aktiv
Prozessmanagement	Schlankere Prozesse Laufende Aktualisierung, Erhebung und Verbesserung	Gesamte-Klinik	aktiv

	der Prozesse		
Vereinheitlichung Formulare	Bessere Übersicht	Gesamte-Klinik	aktiv
SIGE H+ Branchenlösung	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamte-Klinik	aktiv
EKAS H+ Branchenlösung	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamte-Klinik	aktiv
Intranet	Informationen können an einem zentralen Ort geholt werden	Gesamte-Klinik	2012 - 2014
Mitarbeiter-Befragung	Erfassung Organisationsklimas (FEO), 88 Items alle 2 Jahre Bereichsspezifische Diskussion der Ergebnisse mit allen Kadern Erarbeitung entsprechender Massnahmen	Gesamte-Klinik	Aktiv
Recovery-Plan	Verbesserter Umgang mit Einschränkungen oder der Krankheit sowie verbesserte Vorbereitung auf den Austritt	Stationär	Aktiv
Ärztliches Führungsmodell	Verbesserte Führungsstruktur Ressourcengerechte Verteilung der Führungsaufgaben Vertretungen sind geregelt Klare Ansprechpersonen Stärkung der Basis	Gesamte Klinik	Aktiv

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.
Bemerkung	

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitle	Einführung einer systematischen Einschätzung der Suizidalität	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Verbesserung der Qualität sowie der Sicherheit im Umgang mit Suizidalität und deren Einschätzung.	
Beschreibung	Flächendeckende standardisierte Einschätzungen der Suizidalität mit evidenzbasierten Instrumenten bei allen Patienten bei Eintritt und im Behandlungsverlauf	
Projektablauf / Methodik	Konzeptentwurf Auswahl evidenz-basierter Erfassungsinstrumente (NGASR, SSF-II, German) Antrag an KL, wurde verabschiedet Ausarbeitung Konzept Einschätzung der Suizidalität Beginn Erarbeitung Suizidalitätskonzept Interdisziplinäre Schulung von Pflege, Ärzten, Therapeuten Umsetzung ab Januar 2013 Auswertung nach 6 Monaten Geringe Anpassungen Fertigstellung Konzept Suizidalität im Winter 2013 Umsetzung gesamtes Konzept Suizidalität ab Sommer 2014	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	

	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb. <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?Stationär und Tagesklinik
Involvierte Berufsgruppen	Arbeitsgruppe Pflegequalität, Pflege, Ärzte, Therapeuten
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Mitarbeitenden erhielten professionelle Instrumente zur Einschätzung der Suizidalität. Das System gewährleistet eine flächendeckende Erfassung. Die Mitarbeitenden haben Sicherheit gewonnen im Umgang mit Suizidalität. Die Mitarbeitenden erhalten eine klare Wegleitung über das Vorgehen nach einem Suizidversuch.
Weiterführende Unterlagen	Ablauf der Einschätzung der Suizidalität, Basiseinschätzung mit NGASR, vertiefte Einschätzung mit SSF-II, Konzept Suizidalität, Einbezug ASSIP Bern

Projekttitlel	Recovery-Forschungsprojekt	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Evaluation der Wirksamkeit der Umsetzung des Recovery-Plans bei den Patienten	
Beschreibung	Es fanden Ein- und Austrittsmessungen bei Patienten zu zwei Zeitpunkten statt. Eine erste Messung fand statt, danach wurden Pflege und Ärzte in der Umsetzung des Recovery-Plans geschult, nach einer dreimonatigen Umsetzungsphase fand die zweite Messung statt. Die Ergebnisse der zwei Messungen wurden miteinander verglichen.	
Projektablauf / Methodik	-Design: quasiexperimentelles quantitatives Design mit prä und post-Messungen -Erste Messungen bei allen Patienten bei Ein- und Austritt von HoNOS, BSCL, Lebensqualität, FERUS und PoC 18 während 4 Monaten. -Ausführliche und flächendeckende Schulung der Pflege (Bezugspersonen) -Schulung verkürzt der Ärzte und Psychologen -Umsetzung und Anwendung des Recovery-Plans nach Vorgaben (Information nach Eintritt, Abgabe Merkblatt, Instruktionen nach Handbuch, Unterstützung beim Erarbeiten des Recovery-Plans) Zweite Messung nur bei den Patienten, die einen Recovery-Plan erarbeitet haben Auswertung Ergebnisse nach Vergleich der beiden Messungen (inkl. Varianzprüfungen)	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb. <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?Stationäre Abteilungen	
Involvierte Berufsgruppen	Umsetzung durch Pflege Ärzte und Psychologen wurden geschult und informiert	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Umsetzung des Recovery-Plans ist eine klare Bereicherung für die Patienten und als Methode und Anschauung eine sinnvolle Ergänzung in der Behandlung der Psychiatrie	
Weiterführende Unterlagen	Recovery Handbuch, Recovery-Plan	

Projekttitlel	Burnout-Prophylaxe	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Sensibilisierung zum Thema Work-Live-Balance	
Beschreibung	Im Berichtsjahr wurde die erfolgreiche Durchführung von Burnout-Prophylaxe-Seminaren weitergeführt. Das 3. Seminar zu Burnoutprophylaxe fand an zwei Tagen statt. Es wurden Inhalte über Theorie und Praxisanwendung zum Thema Burnout und Work-Live-Balance vermittelt.	

Projekttablauf / Methodik	Anlässlich der Weiterführung des Themas Gesundheit aus den Jahreszielen 2011 wurde das Thema Burnout-Prophylaxe von der Klinikleitung aufgenommen. Nach einem Konzeptentwurf und einem genehmigten Antrag der Klinikleitung wurde das erste Seminar durchgeführt. Dieses stiess auf einen sehr grossen Anklang. Auch nach einem Folgeseminar konnten nicht alle interessierten Mitarbeitenden berücksichtigt werden und die Durchführung des 3. Seminars wurde geplant und umgesetzt.
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb. <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Leitung durch Facharzt Innere Medizin, FA Psychosomatik Teilnahme war offen für alle Berufsgruppen
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Durchführung der Burnout-Prophylaxe stiess auf reges Interesse bei den Mitarbeitenden. Die Sensibilisierung zum Thema ist gelungen. Die Rückmeldungen waren durchwegs positiv. Bei einigen Mitarbeitenden hat das Seminar Veränderungsprozesse eingeleitet. Die Nachfrage nach einer Erweiterung mittels Persönlichkeitsstruktur-Tests bestand. Im Jahr 2014 wird vom Betrieb ein Persönlichkeitsstruktur-Test (PST-R) mit Auswertungsgespräch stark vergünstigt angeboten.
Weiterführende Unterlagen	Abgegebene Unterlagen, Persönlichkeitsstruktur-Test (PST-R)

Schlusswort und Ausblick

Zusammenfassung 2013

Im Berichtsjahr wurden die strategischen Themen (z.B. Weiterführung Ärztliches Führungsmodell, Projekt Positionierung/Marketing/Networking) weitergeführt. Die vielfältigen Vorbereitungsarbeiten für die Anbau- und Sanierungsphase hat viele Ressourcen eingebunden. Umso mehr freuten wir uns, als der Spatenstich am 21. Oktober 2013 erfolgte. Den Bau und Betrieb zu gewähren war und ist eine grosse Herausforderung, gelang jedoch bislang dank angemessener Information sowie koordinierter Raumplanung sehr gut.

Andere Themen wie die Verbesserung der Qualität, Pflegeentwicklung oder die Gesundheitsförderung kamen ebenso zum Tragen. Nebst regelmässigen Angeboten mit Walking und Stretching wurde das dritte Burnout-Seminar für die Mitarbeitenden mit wiederum grossem Anklang durchgeführt.

Daneben arbeiteten wir in der von der GEF lancierten Arbeitsgruppe „Regionale Versorgungsplanung“ mit und beteiligten uns aktiv an der konzeptionellen Entwicklung zur Spezifikation und Operationalisierung der Leistungsaufträge mit dem Kanton.

Ausblick

Im Betriebsjahr 2014 werden die strategischen Hauptthemen (Operationalisierung der Leistungsaufträge, regionale Versorgungsplanung, Umsetzung Ärztliches Führungsmodell und Anbau- und Sanierung) weitergeführt.

Weitere Schwerpunkte bilden folgende Themen ab;

- Entwicklung Leitbild mit Vision, Mission und Leitsätzen
- Erarbeitung Grobkonzept des neuen Qualitätsberichtes
- Aufgleisung der Umsetzung des Managementsystem EFQM
- Start der Arbeitsgruppe Dokumentenoptimierung
- Überarbeitetes Therapiekonzept wird geschult
- Pflegeentwicklung (Konzept und Standard Bezugspflege, Konzept spirituelle Begleitung)
- Vertiefung nach Burnout-Seminar durch einen freiwilligen Persönlichkeitsstrukturtest (PST-R)
- Schnittstellen-Integration - externe Daten ins interne KIS (Klinikinformationssystem)
- Workflow-Prozesse im KIS integrieren
- Start Zertifizierung REKOLE

