



KLINIK SGM LANGENTHAL

Psychosomatik  
Psychiatrie  
Psychotherapie

# Klinik SGM Langenthal



## Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+



## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2016.

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

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

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

## Zielpublikum

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

## Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Frau  
Susann Forner  
Beauftragte Qualitätsmanagement  
062 919 23 39  
[susann.forner@klinik-sgm.ch](mailto:susann.forner@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 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

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 entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>9</b>
2.1 Organigramm .....	9
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	9
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>10</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016 .....	11
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 .....	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	11
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>12</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	23
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	24
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>25</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>26</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>26</b>
5.1 Eigene Befragung .....	26
5.1.1 PoC 18 .....	26
5.1.2 Zufriedenheit über Berufsgruppen .....	29
5.2 Beschwerdemanagement .....	30
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>31</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>31</b>
9.1 Eigene Messung .....	31
9.1.1 Wiedereintritte innert 18 Tagen .....	31
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>11 Infektionen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>12 Stürze</b> .....	<b>32</b>
12.1 Eigene Messung .....	32
12.1.1 Sturzprotokoll .....	32
<b>13 Wundliegen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>33</b>
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	33
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>34</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	34
15.2 Eigene Messung .....	36
15.2.1 Lebensqualität (Patienten-Selbsteinschätzung) .....	36

<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand.....</b>	<b>38</b>
16.1	Eigene Messung .....	38
16.1.1	Körperliche Symptombelastung GBB (Selbsteinschätzung).....	38
16.1.2	Schwere der Beeinträchtigung BSS (Fremdeinschätzung).....	40
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung .....</b>	<b>42</b>
17.1	Weitere eigene Messung .....	42
17.1.1	Patientenrückmeldungen / Beschwerden.....	42
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>44</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	44
18.1.1	Weiterentwicklung KIS .....	44
18.1.2	Weiterentwicklung AQD .....	45
18.1.3	Verbesserung der Prozesssteuerung und des Dokumentenmanagements.....	46
18.1.4	Weiterentwicklung Therapiekonzept .....	47
18.1.5	Aufteilung der ANQ-Patientendaten nach psychosomatischer Rehabilitation/ Psychiatrie ...	48
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 .....	49
18.2.1	Wechsel Chefarzt und Leitung Pflege und Behandlungen / neue Klinikleitung .....	49
18.2.2	Aufbau und Eröffnung einer ambulanten Fachstelle "SGM Ambi Bern" .....	50
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	51
18.3.1	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz .....	51
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>52</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>53</b>
Psychiatrie .....		53
Rehabilitation.....		53
<b>Anhang 2 .....</b>		<b>56</b>
<b>Herausgeber .....</b>		<b>57</b>

# 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** in Trägerschaft der Stiftung für ganzheitliche Medizin (SGM). Es werden Patientinnen und Patienten aus einem überregionalen Einzugsgebiet behandelt und betreut. Unsere Klinik möchte ihnen den nötigen Schutz und die Geborgenheit für eine umfassende Genesung bieten.

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

Wir verfügen über zwei stationäre Abteilungen mit 38 Betten, 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 erhalten:

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

Unser Leistungsangebot umfasst das gesamte Spektrum psychosomatischer Erkrankungen. Aufgrund der Vorgaben sind Menschen mit Drogen- und Alkoholproblemen sowie mit Problemen aus dem schizophrenen Formenkreis von der Aufnahme ausgeschlossen. Dasselbe gilt bei fremd- oder selbstgefährdendem Verhalten ohne Absprachefähigkeit oder dem Vorliegen erheblicher hirnorganischer Einschränkungen.

Die ganzheitliche Behandlung unserer Patientinnen und Patienten basiert auf der Grundlage des biopsychosozialen Modells mit der Erweiterung um die spirituelle Dimension. Unser Handeln orientiert sich an gelebten christlichen Werten. Die Patientinnen und Patienten werden in ihrer Einzigartigkeit ganzheitlich wahrgenommen und die professionelle Behandlung individuell auf sie abgestimmt. Es gibt keine Einschränkungen bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten in Bezug auf ihren religiösen oder kulturellen Hintergrund.

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

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

## **Relevante Informationen zum Betriebsjahr 2016**

Nach Abschluss der Sanierungsphase stand das Jahr 2016 vor allem im Zeichen der Konsolidierung der Abläufe innerhalb der Klinik. Durch die neu geschaffene Infrastruktur konnten wir unser Angebot zeitgemässen Standards anpassen. Den Patientinnen und Patienten stehen nun moderne Einer- oder

Zweierzimmer zur Verfügung. Das Mutter-Kind-Angebot profitiert von speziell für die Bedürfnisse von Patientinnen mit Babies eingerichteten Zimmern. Nach der Sanierung stehen den Patienten zudem ein modernes Therapiebad sowie der mit neuesten Geräten ausgestattete MTT-Raum zur Verfügung.

Einen Meilenstein im vergangenen Jahr stellten der Aufbau und die Eröffnung einer ambulanten Fachstelle für Psychiatrie / Psychosomatik / Psychotherapie an zentraler Lage in der Stadt Bern dar. Das Projekt erfolgte in Kooperation mit einer zweiten psychiatrischen Klinik im Kanton. Nach einer langen und intensiven Vorbereitungsphase, in der vor allem die Suche nach einem passenden Mietobjekt eine Herausforderung war, konnte das „SGM Ambi Bern“ am 1. Juni 2016 seinen Betrieb am Bubenberglplatz in Bern aufnehmen. Mit diesem Angebot reduziert sich die Reisezeit für unsere ambulanten Patienten aus der Region Bern und dem Berner Oberland erheblich, zugleich wird die periphere Lage unserer Klinik im Kanton Bern ausgeglichen. Ein weiterer Ausbau des Angebotes in Bern ist geplant.

Grösste Herausforderung im Geschäftsjahr 2016 war der Wechsel in der Besetzung der Positionen Chefarzt / Ärztliche Leitung sowie Leitung Pflege und Behandlungen. Innerhalb von 2 Monaten mussten 2/3 der Klinikleitung bei bleibender Handlungsfähigkeit ausgetauscht werden. Obwohl die Wechsel für sich genommen recht unproblematisch waren, war das Gewährleisten einer gewissen Konstanz nur durch den Geschäftsführer möglich. Erfreulicherweise zeigten die beiden neuen Bereichsleiter ein hohes Engagement und vermittelten so Sicherheit. Die Klinikleitung sowie auch das neu geschaffene Gremium der erweiterten Klinikleitung wurden von Beginn an als sachorientierte Einheit wahrgenommen und waren so für die Mitarbeitenden spürbar. Die Handlungsfähigkeit blieb durchgehend erhalten und es konnten verschiedene grössere Projekte im Laufe des Jahres verwirklicht werden. Der Jahresabschluss zeigt ein sehr gutes Bild.

Dieses positive Gesamtergebnis wird zusätzlich darin bestätigt, dass unsere Klinik nach Bewerbung und Assessment im August 2016 das EFQM-Zertifikat „Committed to Excellence“ erhielt.

### **Zusammenfassung Qualität 2016**

Im vergangenen Jahr wurden die begonnenen Qualitätsprojekte weitergeführt und zum Teil abgeschlossen, parallel wurden die Abläufe auf weiteres Verbesserungspotential hin überprüft. Daraus entstanden neue Projekte, die uns über das Jahr 2016 hinaus begleiten werden.

Die Weiterentwicklung des Klinik-Information-Systems (KIS) im Hinblick auf neue Anforderungen im Datenaustausch mit Zuweisern, Patienten, Versicherern und anderen Institutionen stellte eine Herausforderung dar. Als Zwischenziel konnten wir in der gesamten Klinik die Papierakten abschaffen und alle relevanten Patientendaten elektronisch im System verfügbar machen. Dieser Fortschritt hat uns zudem auch dazu veranlasst, das Thema Datenschutz explizit zu überdenken: ein neues Datenschutzhandbuch, das auf Grundlage von relevanten Gesetzesvorgaben erarbeitet wurde, sorgt für grösstmögliche Datensicherheit innerhalb der Klinik und sensibilisiert die Mitarbeitenden für diesen wichtigen Themenkomplex.

Die Marketingaktivitäten der Klinik erfolgen seit dem Projektabschluss im letzten Jahr auf Grundlage eines speziell erarbeiteten Marketingkonzeptes, das sowohl die Notwendigkeiten eines modernen Marketingauftritts als auch die internen und externen Gegebenheiten unserer Klinik und die Rückmeldungen aus Patientenbefragungen einbezieht. Auch im Bereich Prozessmanagement konnten Verbesserungen erreicht werden – die Prüfung sämtlicher klinikinterner Prozesse schreitet fort, Dokumente werden sukzessive auf korrektes Layout und Zuständigkeit geprüft und im Dokumentenmanagement den jeweiligen Zielgruppen zugänglich gemacht.

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

Zudem stellte die Splittung der ANQ-Messungen nach Rehabilitation bzw. Psychiatrie einen Arbeitsschwerpunkt auf dem Gebiet der Qualitätssicherung dar.

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

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

#### Organisation des Qualitätsmanagements

Zwei Kadermitglieder verantworten das Qualitätsmanagement. Die Mitglieder der Klinikleitung bilden den Qualitätsausschuss.

Das Qualitätsmanagement gliedert sich in 3 Teile:

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

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Susann Forner / Miriam Beurer  
Beauftragte Qualitätsmanagement  
Klinik SGM Langenthal  
062 919 23 39  
[susann.forner@klinik-sgm.ch](mailto:susann.forner@klinik-sgm.ch)

Richard Hebeisen  
Geschäftsführer  
Klinik SGM Langenthal  
062 919 23 11  
[richard.hebeisen@klinik-sgm.ch](mailto:richard.hebeisen@klinik-sgm.ch)

Timon Spörri  
Leiter Finanzen und Controlling  
Klinik SGM Langenthal  
062 919 22 15  
[timon.spoerri@klinik-sgm.ch](mailto:timon.spoerri@klinik-sgm.ch)

Karin Ortega Sierra  
Leiterin Abteilung für Qualität und Diagnostik  
Klinik SGM Langenthal  
062 919 23 69  
[karin.ortegasierra@klinik-sgm.ch](mailto:karin.ortegasierra@klinik-sgm.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

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

#### **Vision**

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

#### **Mission**

Als anerkannte Fachklinik mit stationären, 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 durch hohe Professionalität, sehr gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und einen familiären Rahmen aus. Wir übernehmen Verantwortung als attraktive Arbeitgeberin und Weiterbildungsstätte.

#### **Qualitätsstrategie**

- Leistungsaufträge in der Psychosomatik umsetzen
- Spezialangebote und Schwerpunkte aufbauen
- Schwerpunkt weiter in 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 andere Daten und nutzt sie für die Verbesserung der Therapie
- evaluiert permanent die Ergebnisse
- optimiert und steuert die Unternehmensentwicklung
- fördert die Gesundheit der Mitarbeitenden
- hält die gesetzlichen, staatlichen und kantonalen Vorgaben ein
- dokumentiert Arbeitsabläufe und Regelungen spezieller Situationen (z.B. Vorgehen bei Beschwerden, Suizid, u.a.)
- kooperiert mit Berufsverbänden
- gibt gegen aussen ein transparentes Bild der Arbeit in der Klinik ab.

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

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

- Wechsel Chefarzt / Leitung Pflege und Behandlungen / Neue Klinikleitung
- Eröffnung und Betrieb der ambulanten Fachstelle für Psychotherapie als SGM Ambi Bern
- Bewerbung und Verleihung des EFQM-Zertifikates "Committed to Excellence"

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

- Mehrjahresplanung der Unternehmensentwicklung aufgrund der Verbesserungspotentiale aus dem Selbstbewertungsbericht
- Durchführung von 3 Audits zu wichtigen Prozessen
- Gezielte Verbesserungen von einzelnen Prozessen (Rekrutierung, Eintritt Pflege, Eintritt stationär)
- Verbesserungen der Prozesssteuerung und des Dokumentenmanagements
- Optimierung des Personalinformationssystems
- Erstellung und Einreichen der Bewerbungsdokumentation für das Zertifikat "Committed to Excellence" bei der Esprit Stiftung
- Verleihung des Zertifikates "Committed to Excellence" von der anerkannten Esprit Stiftung nach dem Assessment
- Einführung eines Marketingkonzeptes
- Implementierung eines Datenschutzhandbuchs
- Umstellung von der Papier-KG zur digitalen Patientenakte, Einsatz eines elektronischen Dokumentenarchivs
- Beibehalten hoher Qualitätsstandards trotz Wechsels des Chefarztes und der Leitung Pflege und Behandlungen (2/3 der Klinikleitung)

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Umsetzung der Mehrjahresplanung der Unternehmensentwicklung
  - Bearbeitung der Modellkriterien Mitarbeitende und Strategie
- Umsetzung des Masterplans IT
- Durchführung einer Mitarbeiterumfrage im 2017
- Kontinuierliche Verbesserungen der Prozesssteuerung und des Dokumentenmanagements
- Weiterführung von regelmässigen Zuweisendenumfragen
- Zusammenführung der beiden bisher vorhandenen Qualitätsberichte auf einen Bericht nach der Vorlage H+

## 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](http://www.anq.ch).

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

#### Bemerkungen

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

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

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

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

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Wechsel Chefarzt / Leitung Pflege und Behandlungen / Neue Klinikleitung

<b>Ziel</b>	Erhalten der Handlungsfähigkeit und Konstanz trotz des Wechsels von 2/3 der Klinikleitung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Leitung der Klinik SGM Langenthal
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Januar bis September 2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Wechsel des Chefarztes/ Ärztlichen Leiters sowie der Leitung Pflege und Behandlungen
<b>Methodik</b>	Intensive Vorbereitung und Kommunikation der Wechsel und Erhaltung der Konstanz durch den Geschäftsführer
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Stiftungsrat, Klinikleitung, Erweiterte Klinikleitung, Kader, Mitarbeitende
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Erfolgreicher Jahresabschluss 2016, Umsetzung aller geplanten Projekte und Aktivitäten
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Jahresberichterstattung 2016, Qualitätsbericht 2016

##### Aufbau und Eröffnung "SGM Ambi Bern" als ambulante Fachstelle

<b>Ziel</b>	Aufbau einer ambulanten Fachstelle für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie an zentraler Lage
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ambulatorium, Klinikleitung
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2014 - 2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
<b>Begründung</b>	Zum Ausgleich der peripheren Lage der Klinik SGM Langenthal im Kanton Bern und zur Verkürzung der Reisezeit für Patientinnen und Patienten wird eine ambulante Fachstelle in Bern eingerichtet und betrieben.
<b>Methodik</b>	Absprachen und Vereinbarung mit kooperierender Klinik, Suche nach Mietobjekt, Konzeptentwicklung, Sanierungsplanung und -umsetzung, Eröffnung des "SGM Ambi Bern" am 1. Juni 2016
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Geschäftsführung, IT, Finanzen und Controlling, Technik, Marketing, Leitender Arzt ambulante Dienste (Aufbau). Im Betrieb Fachärzte, Psychotherapeuten, Leitender Arzt ambulante Dienste.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das "SGM Ambi Bern" ist gut gestartet und erfüllt die Zielvorstellungen.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Flyer SGM Ambi Bern, Website <a href="http://www.klinik-sgm.ch">www.klinik-sgm.ch</a>

## EFQM Audit und Zertifizierung

<b>Ziel</b>	Standortbestimmung zur Qualität
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	August 2016
<b>Begründung</b>	Externe Einschätzung der Qualität
<b>Methodik</b>	Beurteilung nach dem EFQM-Modell in verschiedenen Audits
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Aus der gesamten Klinik wurden unter Führung der Erweiterten Klinikleitung verschiedene Berufsgruppen und Führungspersonen einbezogen.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Interne Weiterführung bei den Beauftragten für Qualitätsmanagement

## Erarbeitung und Einführung eines Datenschutz-Handbuches

<b>Ziel</b>	Klinikeigenes Datenschutzhandbuch
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Juli 2015 bis März 2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Sammlung der wichtigsten gesetzlichen Datenschutz-Grundlagen unter Berücksichtigung der SGM-spezifischen Voraussetzungen
<b>Methodik</b>	Sammlung gesetzlicher Grundlagen, Erläuterungen zu deren Anwendung. Juristische Prüfung des Datenschutzhandbuches
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Datenschutzbeauftragte, Klinikleitung, Ärzte, Psychologinnen, Zentrale Dienste
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	jährliche Überprüfung
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	relevante Gesetzestexte

## Einführung eines Marketingkonzeptes

<b>Ziel</b>	Erstellung und Implementierung eines aktuellen Marketingkonzeptes
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Oktober 2015 bis März 2016
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Modernes Marketing bedarf einer regelmässigen Überprüfung und Anpassung. Das Marketingkonzept liefert die dafür notwendige Grundlage.
<b>Methodik</b>	Klinikweite Überprüfung sämtlicher bestehender Marketingmassnahmen und -instrumente vor dem Hintergrund der internen und externen Gegebenheiten, inkl. Miteinbezug der Ergebnisse von internen Patientenbefragungen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Leitung Marketing, Klinikleitung, Zentrale Dienste, QM
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	jährliche Überprüfung
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	-

## Strategiereview und -planung

<b>Ziel</b>	Review, Überarbeitung und Umsetzung des Strategiedokumentes
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Stiftungsrat, Klinikleitung
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Herbst 2016 - Sommer 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Die bisherige Strategie wird evaluiert und den jeweils aktuellen Gegebenheiten angepasst.
<b>Methodik</b>	Sitzungen, Workshops, Strategietagungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Projektgruppe "Strategiereview", Stiftungsrat, Klinikleitung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Strategiereview ist gut fortgeschritten. Die Erarbeitung eines Strategiedokumentes ist in Arbeit.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Die Unterlagen sind vertraulich.

## Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung des 3-Säulen-Modells zum 5-Säulen-Modell
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	April 2016 - März 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Das vorhandene 3-Säulen-Therapiekonzept der Klinik soll auf Basis des erweiterten Bio-Psycho-Sozialen-Modells zu einem 5-Säulen-Konzept ausgebaut werden.
<b>Methodik</b>	Überprüfung und Ergänzung des vorhandenen Therapiekonzeptes, Diskussion mit den Mitarbeitenden, Verabschiedung und Umsetzung.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle mit Schwerpunkt Therapie
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Anfang des Jahres 2017 wird der Entwurf mit allen Mitarbeitenden diskutiert. Darauf soll das erweiterte Therapiekonzept zeitnah umgesetzt werden.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Arbeitspapiere zum Therapiekonzept

Mehrjahresplanung der Unternehmensentwicklung aufgrund der Strategietagung im Oktober 2015, der Strategieüberprüfung 2016/2017 sowie der Verbesserungspotentiale aus dem Assessment-Bericht EFQM August 2016

<b>Ziel</b>	Stiftungsrat und Klinikleitung legen die Unternehmensentwicklung für die nächsten Jahre fest
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Strategische Entscheide und deren operative Umsetzung für die ganze Klinik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Oktober 2015 – Ende 2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Nach Abschluss von Ausbau/Sanierung der Klinik im Jahre 2015 wird der Fokus wieder auf die mittelfristige Unternehmensentwicklung gelegt.
<b>Methodik</b>	Strategietagung von Stiftungsrat und Klinikleitung (Okt 2015), Masterplan operative Umsetzung (Nov 2015 - Dez 2018), Assessmentbericht EFQM (Aug 2016) mit Entwicklungspotenzialen, Strategieüberprüfung Stiftungsrat/Klinikleitung (Aug 2016 - Jun 2017)
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Entwicklung: Stiftungsrat und Klinikleitung. Umsetzung: Klinikleitung, Kader, Mitarbeitende
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Halbjährliche Berichterstattung der Klinikleitung an den Stiftungsrat
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Diverse (zumeist vertrauliche) interne Unterlagen

## KIS / Klinik-Informationssystem

<b>Ziel</b>	Implementierung elektronische Workflows, Abschaffung Papierakte
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamte Klinik
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2015 bis 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Optimierung von Dokumentations- und Verordnungs-Prozessen, Eliminierung von Papierformularen zwecks digitaler Datenhaltung
<b>Methodik</b>	Einfluss-Projektorganisation
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Pflege, Medizin-Technik, Therapien, IT, Rechnungswesen, Administration
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Quartalsweise Standortbestimmungen

## Definition von Messgrößen und Leistungsindikatoren im Prozessmanagement

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

## Systematische Einschätzung der Suizidalität

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

## Umsetzung eines systematischen Aggressionsmanagements

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

## Weiterentwicklung AQD

<b>Ziel</b>	Neuimplementierung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit nach ANQ-Vorlage
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Abteilung Qualität und Diagnostik (AQD)
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Mai 2016 - Dezember 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Es soll zum 1. Januar 2018 ein neuer Fragebogen zur Patientenzufriedenheit gemäss ANQ-Vorlage implementiert werden
<b>Methodik</b>	Teilnahme an Workshop, Neustrukturierung des bestehenden Fragebogens, Koordination mit externer Firma
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Leitung Abteilung Qualität und Diagnostik, Klinikleitung, IT
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Dokumente der Fragebögen liegen der Leitung AQD im aktuellen Format vor, die Teilnahme am Workshop wird weitere Informationen zu den nächsten Schritten bringen.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	keine

## Ausbau des Angebotes SGM Ambi Bern

<b>Ziel</b>	Erweiterung des Angebotes im SGM Ambi Bern
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ambulatorium
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Juni 2016 - Dezember 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Das Angebot im SGM Ambi Bern wird bis zur vollumfänglichen Nutzung der Räumlichkeiten erweitert. Neben der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung für Einzelpersonen oder Paare werden zusätzlich Gruppenangebote installiert (Psychoedukation, Achtsamkeit/Kontemplation und körperorientierte Psychotherapie).
<b>Methodik</b>	Schrittweiser Ausbau des Angebotes nach räumlichen bzw. personellen Ressourcen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Klinikleitung, Leitender Arzt ambulante Dienste, Psychotherapeuten
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Der Ausbau des Angebotes im SGM Ambi Bern läuft und wird im Laufe des Jahres 2017 weiter verfolgt.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Flyer Fachstelle Bern, Website <a href="http://www.klinik-sgm.ch">www.klinik-sgm.ch</a>

## Aufteilung der ANQ-Patientendatenlieferung nach psychosomatischer Rehabilitation / Psychiatrie

<b>Ziel</b>	Spaltung der Patientendaten
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Abteilung Qualität und Diagnostik
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	März - Dezember 2017
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Umsetzung der Auflagen des ANQ
<b>Methodik</b>	Definition der Messinstrumente, Etablierung einer klinikprozessorientierten Messstrategie, definitive Einführung der spezifizierten Messinstrumente, interner Testlauf und Umsetzung ab Januar 2018
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Leitung Abteilung Qualität und Diagnostik, Leitung IT, Psymeta Software (extern)
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Aktuell Abklärung der Messinstrumente
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	keine

**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 (Grundlage 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**

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, 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.

##### **Bemerkungen**

Im Betriebsjahr wurden 33 CIRS-Meldungen dokumentiert, davon 19 mit persönlichen Angaben sowie 14 anonyme Meldungen.

Die Meldungen umfassten folgende Themen:

- 10 Meldungen im Zusammenhang mit Patienten
- 7 Meldungen im Zusammenhang mit Medikamenten
- 4 Meldungen zum Thema Arbeitssicherheit
- 4 Meldungen zum Thema Zusammenarbeit/ Kommunikation
- 3 Meldungen zum Thema Organisation/ Abläufe
- 2 Meldungen im Zusammenhang mit Technik/Garten
- 3 Andere Meldungen

Bei 19 Meldungen war keine Massnahme nötig wegen vorgängig optimaler Handlungen.

Es wurden 9 konkrete Verbesserungen erzielt. Nachfolgend sind die wichtigsten aufgeführt:

- Nichterreichbarkeit des Vordergrund-Dienstarztes: es wird der Hintergrund- Dienstarzt angerufen
- KIS-Notfallsystem ausser Funktion: IT informiert die Abteilungen
- Fensterreinigung: der Hausdienst informiert die Abteilungen über den Zeitpunkt. Es erfolgen sporadische Kontrollen durch die Abteilungen, ob die Fenster geschlossen sind
- Schnelle Verfügbarkeit aller Unterlagen für einen Notfall im Dienst: es wurde eine Notfallmappe für den Dienstarzt erstellt
- Ergänzung der ABG- Checkliste mit Mutter - Kind- Information: Kostenerhebung von CHF 50.00.- pro Tag für Infrastruktur und Einzelzimmer
- Erreichbarkeit diensthabender Ärzte/ Psychologen: Sämtliche Telefonnummern werden im Dienstplan aufgeführt

- Teilnahme an der Aktionswoche Patientensicherheit zum Thema Medikationssicherheit; stetige Sensibilisierung zum Thema Umgang mit Medikamenten.

5 Meldungen sind per 31.12.2016 noch in Bearbeitung.

#### 4.6 Zertifizierungsübersicht

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

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Eigene Befragung

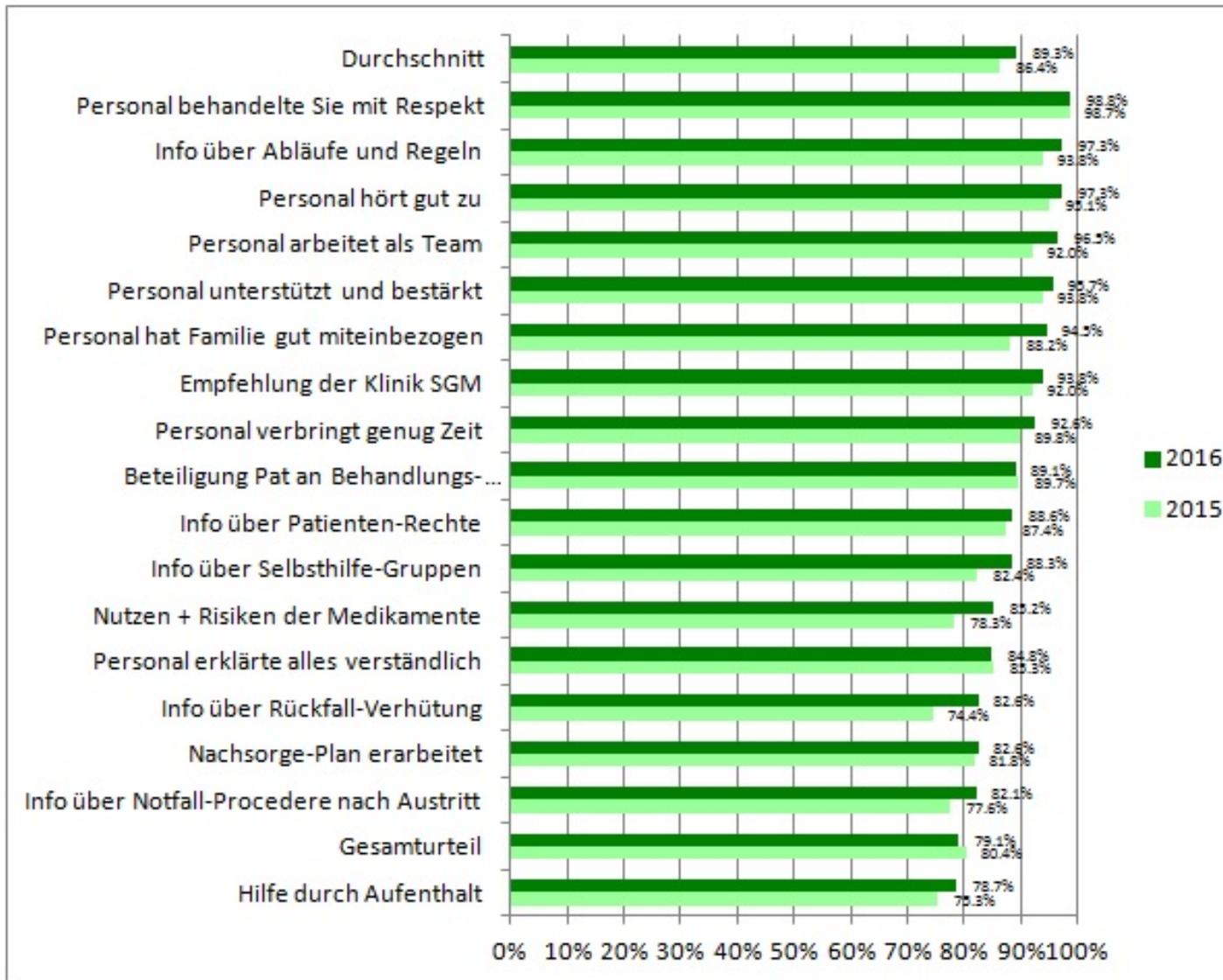
##### 5.1.1 PoC 18

Mit dem Fragebogen PoC 18 wird kontinuierlich die Zufriedenheit aller 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.

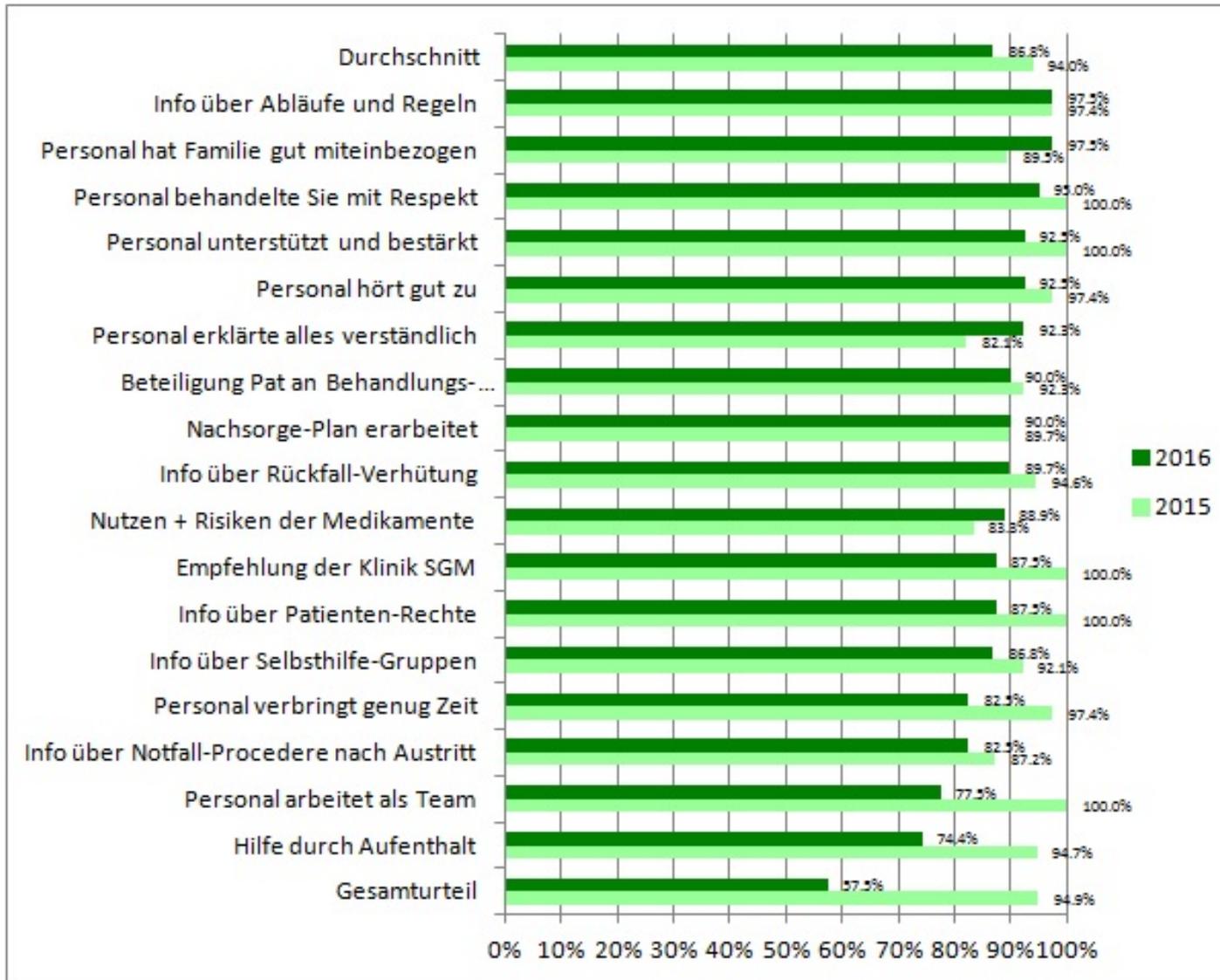
Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

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

Patientenzufriedenheit stationär



Patientenzufriedenheit Tagesklinik



**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

Mit 89.3% Zufriedenheit der Patienten im stationären Rahmen und 86.8% 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 an Patientenzufriedenheitsfragebögen ist mit 94.9% (stationär) und 88.9% (tagesklinisch) sehr gut.

**Angaben zur Messung**

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

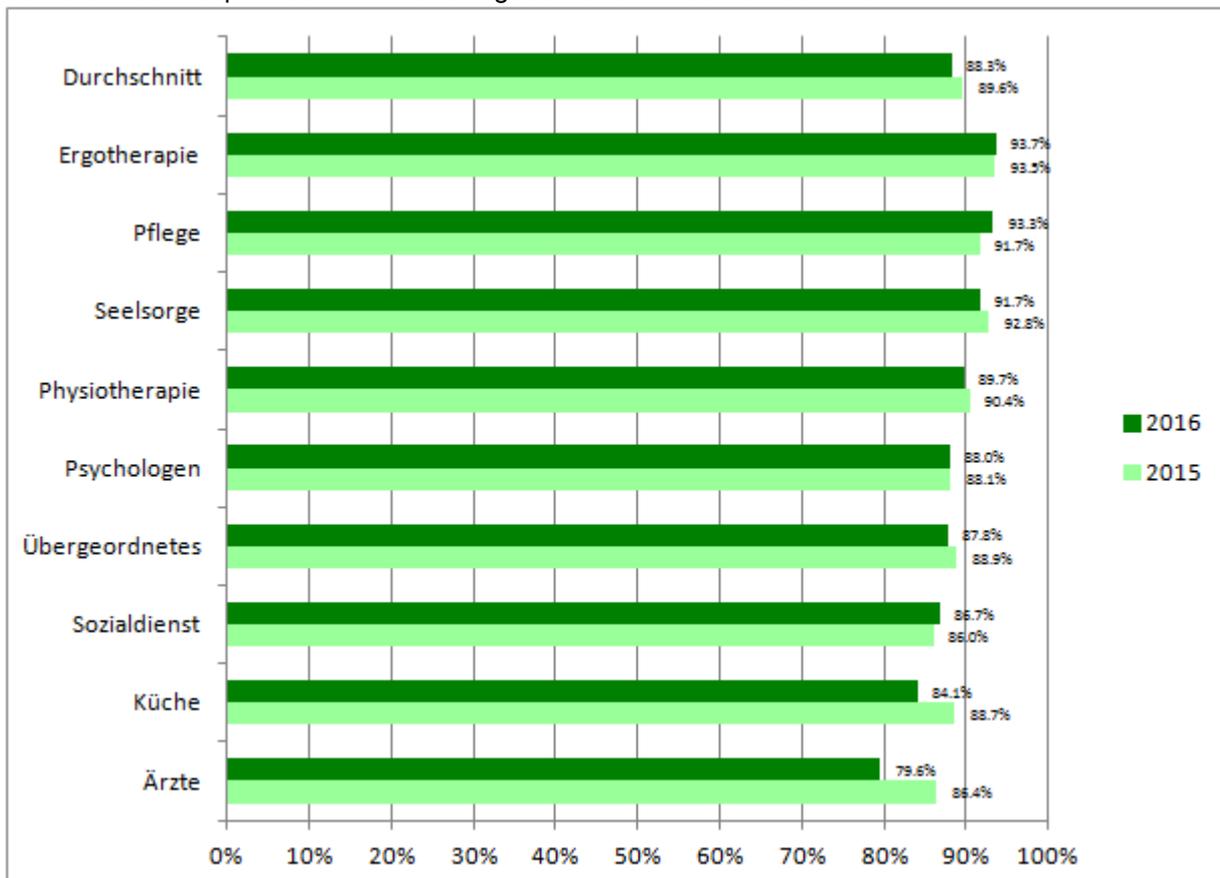
### 5.1.2 Zufriedenheit über Berufsgruppen

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

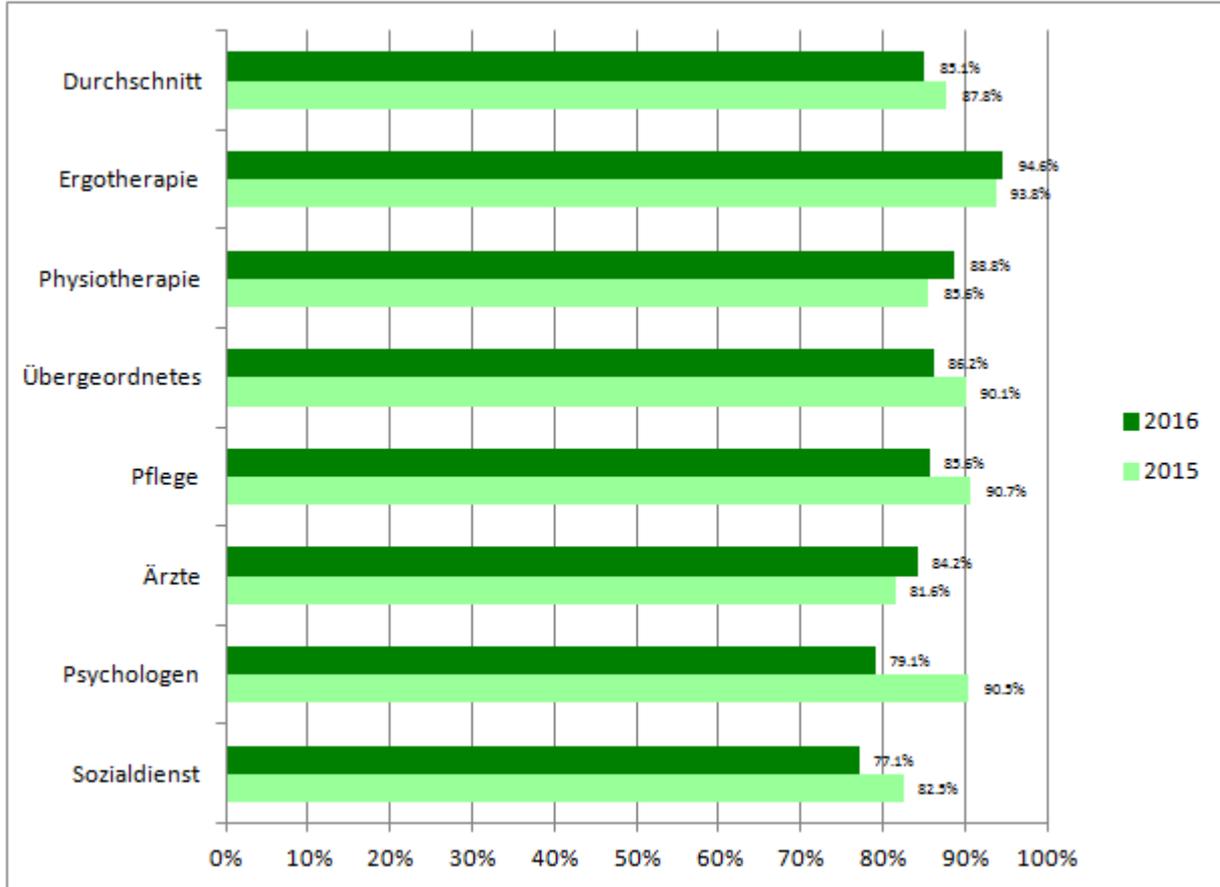
Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Alle Patienten, die stationär oder tagesklinisch behandelt werden, sind bei Austritt in die Befragung eingeschlossen. Ausschlussgründe sind Austritt innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt, Sprachverständnisprobleme, zu schwere Krankheitssymptomatik (bspw. kognitive Beeinträchtigungen), Todesfall, unvorhergesehener Austritt, Ablehnung Patient, andere Gründe (nur gültig mit Freitextspezifikation).

Zufriedenheit mit spezifischen Behandlungsbereichen: Patienten Stationär



Zufriedenheit mit spezifischen Behandlungsbereichen: Patienten Tagesklinik



**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

Die gesamt durchschnittlichen Zufriedenheitswerte über die verschiedenen Berufsgruppen von 88.3% stationär und 85.1% tagesklinisch sind herausragende Ergebnisse und übertreffen unsere Minimalanforderungen von 80%-Qualitätssoll bei weitem. Mit wenigen Ausnahmen, die zwar minim unter dem Qualitätssoll jedoch immer noch im guten Zufriedenheitsbereich liegen, weist die Mehrheit der Berufsgruppen wie bereits letztes Jahr eine sehr hohe Patientenzufriedenheit aus.

**Angaben zur Messung**

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

**5.2 Beschwerdemanagement**

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Klinik SGM Langenthal**

Rückmelde- und Beschwerdemanagement

Richard Hebeisen

Geschäftsführung

062 919 23 11

[richard.hebeisen@klinik-sgm.ch](mailto:richard.hebeisen@klinik-sgm.ch)

Mo-Fr von 06.30-12.00 / 12.30-17.00h

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Eigene Messung

##### 9.1.1 Wiedereintritte innert 18 Tagen

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

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

Im Berichtsjahr wurde 1 Wiedereintritt dokumentiert.

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Das Ergebnis von nur einem Wiedereintritt innerhalb von 18 Tagen bei insgesamt 339 Austritten im stationären Bereich werten wir als sehr gut.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 12 Stürze

### 12.1 Eigene Messung

#### 12.1.1 Sturzprotokoll

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

#### Ziele:

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 in allen Abteilungen durchgeführt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die Messung umfasste sowohl stationäre als auch tagesklinische Patienten.

Die Sturzgefahr wird eingeschätzt, wenn Patientinnen und Patienten

- vor kurzer Zeit einen operativen Eingriff hatten
- eine aktuelle Mobilitätseinschränkung durch Krankheit oder Unfall haben
- mehr als 4 sedierende Medikamente einnehmen
- nicht in allen vier Ebenen orientiert sind
- eine Anhäufung von Risikofaktoren aufweisen

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
---	-------------------------------------

## 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

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

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch/psychiatrie](http://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](http://www.anq.ch).

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

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

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 15 Psychische Symptombelastung

### 15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

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

Bei allen Patienten in der Psychiatrie wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet.

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

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

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

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch/psychiatrie](http://www.anq.ch/psychiatrie)

#### Messergebnisse

HoNOS Adults	2012	2013	2014	2015
<b>Klinik SGM Langenthal</b>				
Risikobereinigter Differenzwert*	-0.34	-0.18	0.23	0.22

BSCL	2012	2013	2014	2015
<b>Klinik SGM Langenthal</b>				
Risikobereinigter Differenzwert*	-0.09	-0.1	0.11	0.03

\* Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

##### Datenqualität

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

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.

## 15.2 Eigene Messung

### 15.2.1 Lebensqualität (Patienten-Selbsteinschätzung)

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

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

#### Fragebogen der WHO zur Lebensqualität

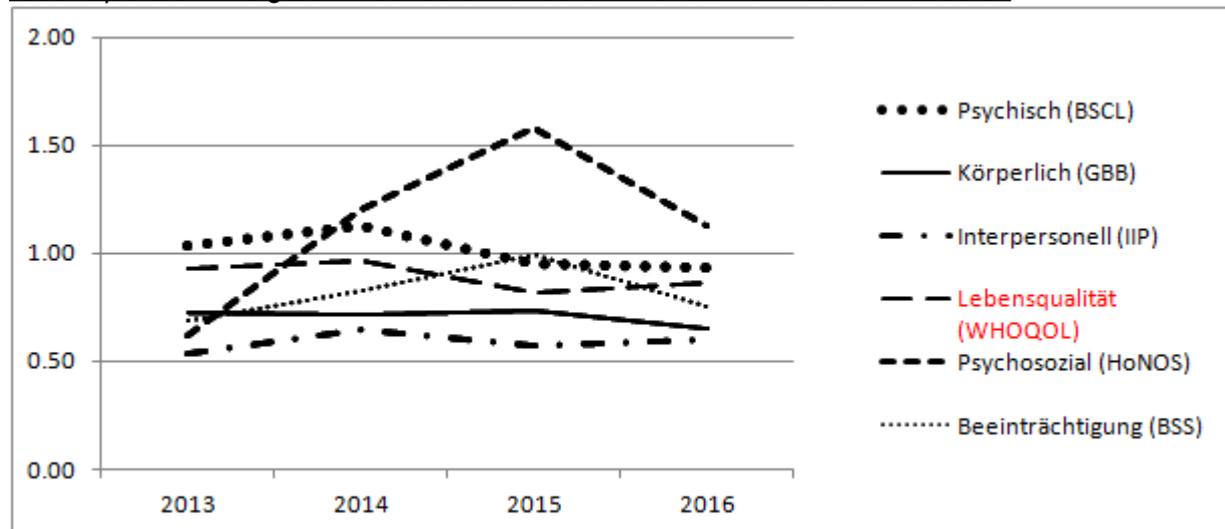
Der Fragebogen der WHO zur Lebensqualität (WHOQOL-BREF) misst die Lebensqualität (Patienten-Selbsteinschätzung).

#### Effektstärken

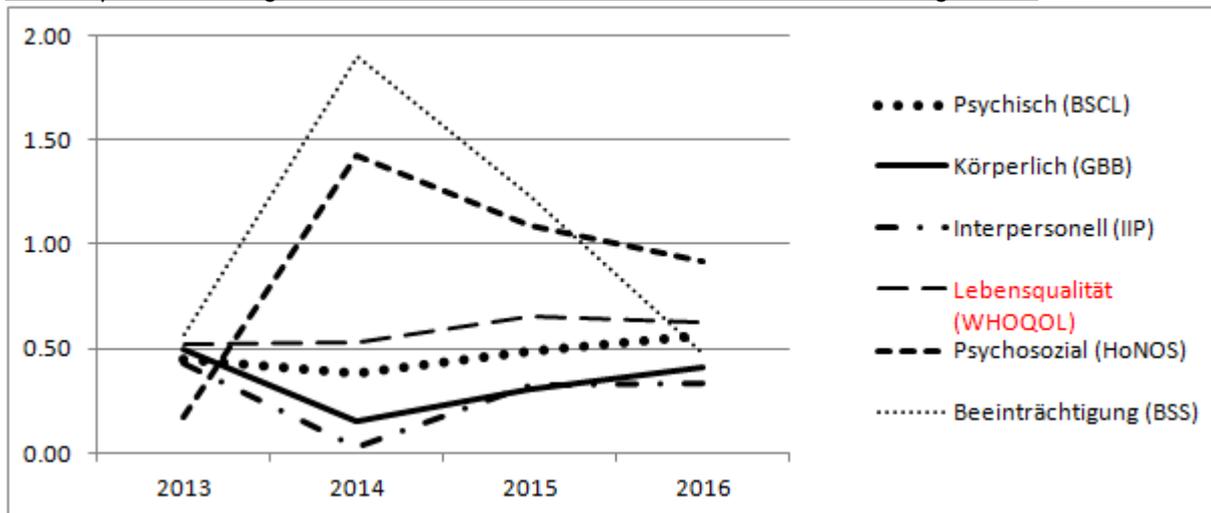
Effektstärken (hier: Cohen's  $d$ ) sind ein methodisch anerkanntes Mass zur statistischen Überprüfung der Veränderung eines Wertes im Verhältnis zu seiner Streuung über die Stichprobe. Ein Effekt wird umso höher, je geringer die Streuung der Skalenwerte ist. So kann zu einem gewissen Ausmass auch in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

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

#### Lebensqualität im Vergleich mit anderen Variablen: Effektstärken Patienten stationär



Lebensqualität im Vergleich mit anderen Variablen: Effektstärken Patienten Tagesklinik



**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

Stationär zeigt sich ein starker Effekt von  $d=0.86$ , welcher sich im Hinblick auf eine positive Symptomveränderung als Verbesserung der psychischen Symptomatik interpretieren lässt.

Im tagesklinischen Setting wird ebenfalls eine Besserung der Lebensqualität festgestellt, dies bei einem mittleren Effekt von  $d=0.62$ .

**Angaben zur Messung**

Auswertungsinstitut	XPsy Klinik SGM
Methode / Instrument	WHOQOL-BREF

## 16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand

### 16.1 Eigene Messung

#### 16.1.1 Körperliche Symptombelastung GBB (Selbsteinschätzung)

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

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

#### Giessener Beschwerdebogen

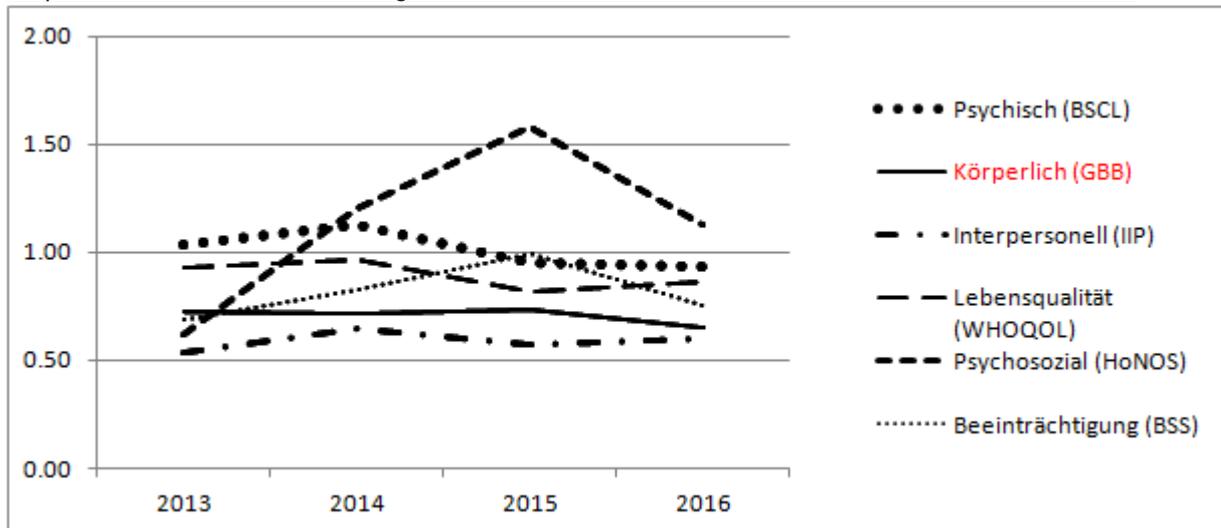
Der Giessener Beschwerdebogen (GBB) misst die körperliche Symptomatik (Patienten-Selbsteinschätzung).

#### Effektstärken

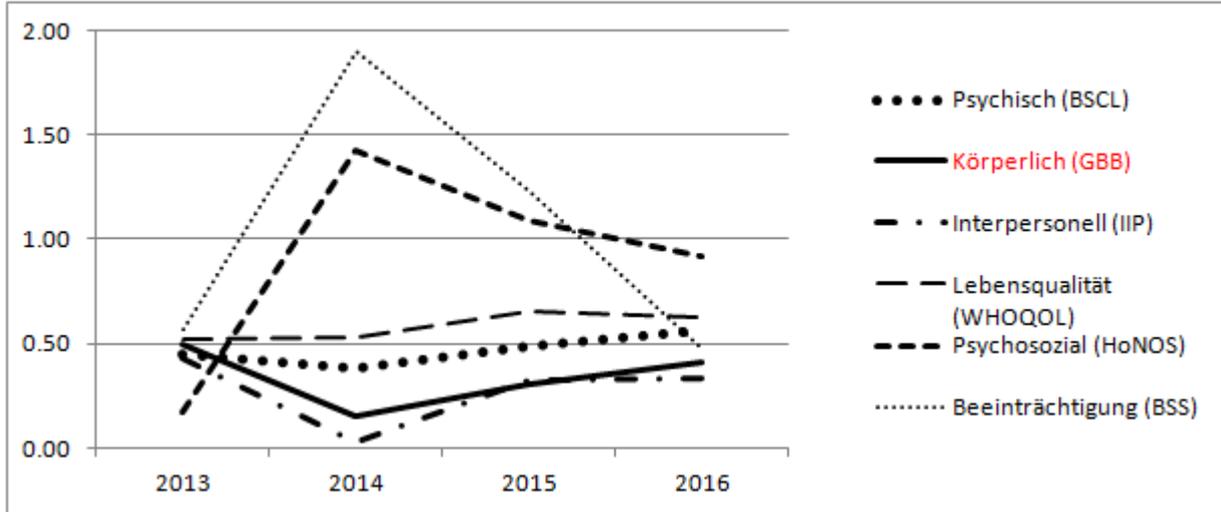
Effektstärken (hier: Cohen's  $d$ ) sind ein methodisch anerkanntes Mass zur statistischen Überprüfung der Veränderung eines Wertes im Verhältnis zu seiner Streuung über die Stichprobe. Ein Effekt wird umso höher, je geringer die Streuung der Skalenwerte ist. So kann zu einem gewissen Ausmass auch in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

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

#### Körperliche Beschwerden im Vergleich mit anderen Variablen: Effektstärken Patienten stationär



*Körperliche Beschwerden im Vergleich mit anderen Variablen: Effektstärken Patienten Tagesklinik*



**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

Stationär zeigt sich ein mittelgrosser Effekt von  $d=0.60$ , welcher sich im Hinblick auf eine positive Symptomveränderung als Verbesserung der körperlichen Symptomatik interpretieren lässt.

Bei den Patienten in der Tagesklinik wird ebenfalls eine Besserung der körperlichen Beschwerden festgestellt, dies bei einem mittleren Effekt von  $d=0.41$ .

**Angaben zur Messung**

Auswertungsinstitut	XPsy Klinik SGM
Methode / Instrument	Giessener Beschwerdebogen

### 16.1.2 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 2016 durchgeführt.

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

#### Beeinträchtigungsschwere-Score

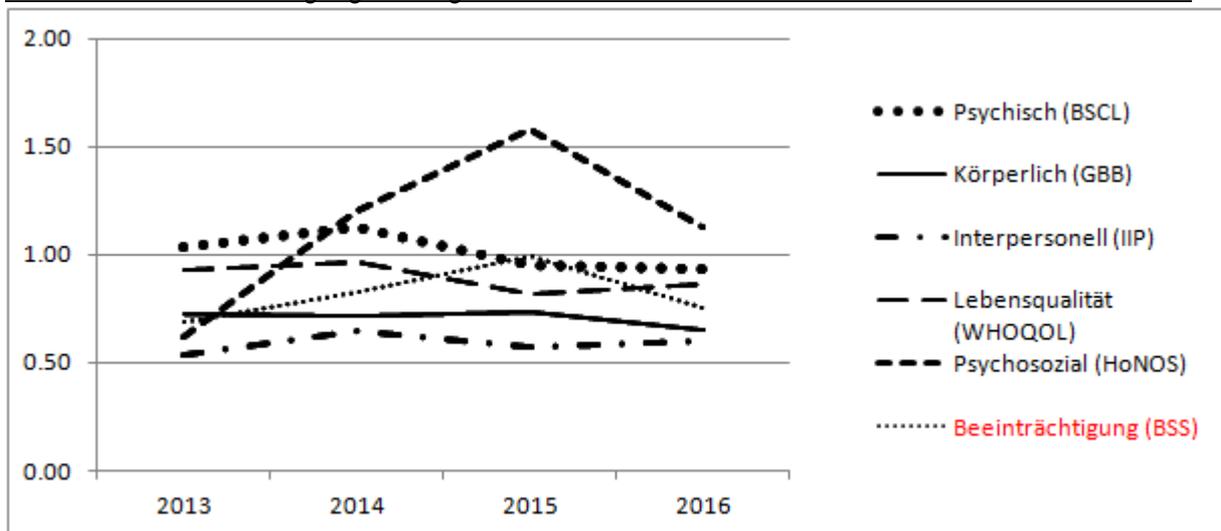
Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) gibt die Einschätzung des Therapeuten bezüglich des Masses der Beeinträchtigung des Patienten wieder (Therapeuten-Fremdeinschätzung).

#### Effektstärken

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

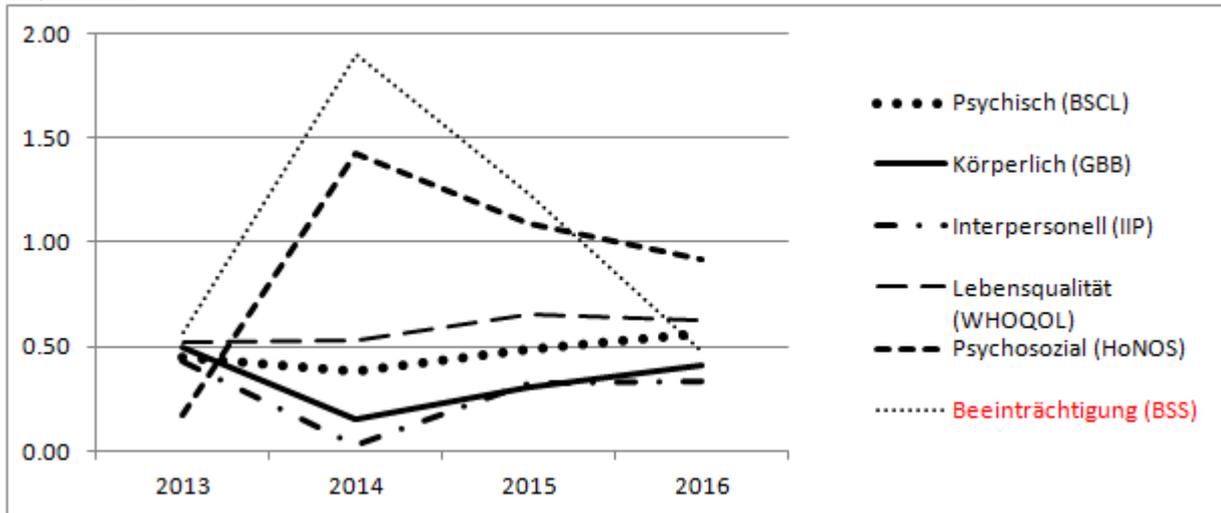
Nach Cohen bedeutet ein  $d$  zwischen 0.2 und 0.5 einen kleinen Effekt, zwischen 0.5 und 0.8 einen mittleren und ein  $d$  größer als 0.8 einen starken Effekt.

#### Schwere der Beeinträchtigung im Vergleich mit anderen Variablen: Effektstärken Patienten stationär



#### Schwere der Beeinträchtigung im Vergleich mit anderen Variablen: Effektstärken Patienten

Tagesklinik



**Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten**

Stationär zeigt sich ein mittelstarker Effekt von  $d=0.75$ , welcher sich mit Bezug auf die positive Veränderung als Verringerung der Beeinträchtigung durch die Beschwerden interpretieren lässt.

Im tagesklinischen Setting wird ebenfalls eine Verringerung der Beeinträchtigung durch die Beschwerden festgestellt, dies bei einem kleinen Effekt von  $d=0.48$ .

**Angaben zur Messung**

Auswertungsinstitut	XPsy Klinik SGM
Methode / Instrument	Beeinträchtigungsschwere-Score

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Patientenrückmeldungen / Beschwerden

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die Befragung findet sowohl im stationären als auch tagesklinischen Bereich statt.

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

Insgesamt haben 35 Patienten von der Möglichkeit einer Rückmeldung Gebrauch gemacht.

Diese 35 Rückmeldebögen enthalten insgesamt 118 Aussagen. Davon drücken 56 Teilrückmeldungen Lob aus, 62 enthalten Aussagen zu Verbesserungspotentialen.

Aus der Bearbeitung resultierten 10 konkrete Verbesserungen:

- Ein Aufenthaltsraum für Patienten und deren Besucher wurde im Dachgeschoss eingerichtet
- Ein Selbstbedienungsautomat wurde vor dem Restaurant installiert (erweiterte Öffnungszeiten sind aus wirtschaftlichen Gründen nicht möglich)
- Die Abfallentsorgung wurde überprüft und den neuesten Standards angepasst
- Physiotherapie: es wurden Zeitfenster für die rasche Aufnahme stationärer Patienten eingeplant
- Das Pflegepersonal wurde zum Umgang mit Flashbacks geschult
- Der Prozess zur Terminierung und Disposition von Patiententerminen wurde intern optimiert
- Bei Mängeln in der Therapiequalität wurde keine Rechnung gestellt bzw. wurden Beträge rückerstattet
- Schwachstellen in der WLAN-Abdeckung wurden behoben
- Physiotherapie: Antwortfristen wurden klar definiert, Funktionen angepasst und das Controlling verstärkt
- Die Patientenküche im 1. OG wurde optimiert (Handtuchspender, Aufhängestange)

Vier weitere Massnahmen sind in Planung bzw. in Arbeit.

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

##### Auszug Lob

Positive Rückmeldungen erhielten wir insbesondere zur Freundlichkeit und Kompetenz der Mitarbeitenden (21), zu den Therapieangeboten (9) sowie zur christlichen Ausrichtung unserer Klinik (6).

##### Auszug Kritik

Kritische Rückmeldungen erhielten wir über sprachliche Schwierigkeiten der Ärzte/Therapeuten (7), die Terminplanung (7) oder die Infrastruktur (Zimmereinteilung, Rückzugsräume, WLAN, Öffnungszeiten Restaurant - insgesamt 9)

##### Verbesserungen

Aus 35 eingegangenen Rückmeldebögen konnten konkret 10 Massnahmen abgeleitet und umgesetzt werden. Vier weitere sind in Arbeit oder in Planung. Die Rückmeldungen der Patienten stellen für uns ein wichtiges Instrument zur Qualitätsüberprüfung dar und tragen effektiv zur Verbesserung bei.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Weiterentwicklung KIS

**Projektart:** Organisations-/IT-Projekt

##### **Projektziele**

- Strukturierte systembasierte Dokumentenablage
- Elektronische Erteilung von Aufträgen
- Optimierung und Beschleunigung der Abläufe im Berichtswesen
- Vorbereitung auf die Anforderungen nach eHealth
- Digitaler Versand von Berichten
- Umsetzung der Anforderungen für Rekole

##### **Projektablauf / Methode**

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

Methode: Einfluss-Projektorganisation

##### **Involvierte Berufsgruppen**

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

##### **Projektelevaluation / Konsequenzen**

###### Stand der Umsetzung:

1. Das Dokumentensystem ist eingeführt und in Betrieb
2. Laufende Teilprojekte: Elektronische Auftragserteilung

###### Erkenntnisse:

Die Umstellung auf eine voll-digitale Krankenakte unter Berücksichtigung aller beteiligten Personengruppen erfordert eine umsichtige Planung und sorgfältige Umsetzung der Teilprojekte. Personelle Ressourcen zur Abwicklung der Teilprojekte sind knapp. Dies erschwert die effiziente Projektabwicklung und führt zu Verzögerungen.

##### **Weiterführende Unterlagen**

- Projektplanung IT-Abteilung
- Übersicht laufende Projekte

## 18.1.2 Weiterentwicklung AQD

**Projektart:** internes Projekt

**Projektziele**

- Neuimplementierung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit gemäss ANQ-Vorlage und Messung ab 01.01.2018

**Projekttablauf / Methode**

1. März 2017: Teilnahme am Worskshop ANQ zum Thema: Inputs zur Implementierung des Fragebogens in die klinische Praxis
2. Neustrukturierung und Optimierung des bereits bestehenden Fragebogens zur Patientenzufriedenheit mit Inklusion des neuen Standards ANQ
3. Koordination zur Auswertung der Patientenzufriedenheit mit externer Firma Care Metrics
4. Ab Januar 2018 Teilnahme an ANQ Messungen zur Patientenzufriedenheit mit etabliertem, effizientem Fragebogen

**Involvierte Berufsgruppen:**

Die Verantwortung zur Umsetzung der Projektschritte liegt bei der Leitung Abteilung Qualität und Diagnostik (AQD). Die Klinikleitung wird in die Entscheidungen einbezogen.

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Stand der Umsetzung:

Die Dokumente der Fragebögen zur Patientenzufriedenheit liegen der Leitung AQD im aktuellen Format vor; die Teilnahme am Workshop wird weitere Informationen bringen.

Erkenntnisse:

Die Koordination der Erhebung und Auswertung der Patientenzufriedenheit wird in Anbetracht der geplanten Aufteilung in psychiatrische Patienten und psychosomatische Reha-Patienten eine Herausforderung.

**Weiterführende Unterlagen:**

keine

### 18.1.3 Verbesserung der Prozesssteuerung und des Dokumentenmanagements

**Projektart:** Internes Projekt

**Projektziele**

- Prozesse aktualisieren und vervollständigen
- Dokumente im Dokumentenmanagement überarbeiten (Layout/Zuständigkeiten)
- Ablagestruktur der Dokumente überarbeiten

**Projekttablauf / Methode**

1. Prozesse werden durch Prozessverantwortliche aktualisiert und überarbeitet. Schnittstellen werden geklärt
2. Dokumente bearbeiten und Zuständigkeit je Dokument festlegen
3. Einführung und Schulung der Redaktoren

**Involvierte Berufsgruppen**

Gesamte Klinik

**Projektevaluation / Konsequenzen**

Stand der Umsetzung:

Vorarbeiten erledigt; Umsetzung ab Februar 2017

Erkenntnisse:

Noch keine

**Weiterführende Unterlagen**

keine

## 18.1.4 Weiterentwicklung Therapiekonzept

**Projektart:** Internes Projekt

### **Projektziele**

- Weiterentwicklung des traditionellen-SGM-3-Säulen-Konzeptes auf Basis des erweiterten Bio-Psycho-Sozialen-Modells zu einem 5-Säulen-Konzept.
- Gute Verständlichkeit und Vermittelbarkeit des überarbeiteten Konzeptes.

### **Projekttablauf / Methode**

1. Diskussion und Überarbeitung der bisherigen Texte
2. Diskussion des Entwurfs des Therapiekonzeptes in Mitarbeiterschaft und Leitung der Klinik SGM Langenthal
3. Einarbeitung der Rückmeldungen
4. Verabschiedung des neuen Konzeptes
5. Schulung

### **Involvierte Berufsgruppen**

Alle Mitarbeitenden mit Schwerpunkt auf in die Therapie involvierte Personen

### **Projektelevaluation / Konsequenzen**

Stand der Umsetzung:

Februar 2017: Diskussionsphase

März 2017: Einarbeitung der Ergebnisse

### **Weiterführende Unterlagen**

keine

### 18.1.5 Aufteilung der ANQ-Patientendaten nach psychosomatischer Rehabilitation/ Psychiatrie

**Projektart:** Internes Projekt

**Projektziele**

- Umsetzung der Auflagen des ANQ
- Patienten werden getrennt nach psychosomatischer Rehabilitation bzw. Psychiatrie und gemäss fachspezifischem Messplan erfasst

**Projekttablauf / Methode**

1. Definition der Messinstrumente für die psychosomatische Reha: Kontakt/Vernetzung mit ANQ und ev. Klinik Barmelweid (März 2017)
2. Etablieren einer klinikprozessorientierten Messstrategie (März - Juli 2017)
3. Definitive Einführung der spezifizierten Messinstrumente für die Reha-Patienten: Implementierung in XPsy durch Franz Fischer (1. Juli 2017)
4. Interner Testlauf und Evaluation des Einsatzes der Reha-Messinstrumente im Diagnostikprozess (Juli bis Dezember 2017)
5. Getrennte Datenlieferung für Patienten der Psychiatrie und der psychosomatischen Rehabilitation (ab 1. Januar 2018)

**Involvierte Berufsgruppen**

intern: Leitung AQD, Leitung IT

extern: Psymeta Software - Franz Fischer

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Stand der Umsetzung: Aktuell Abklärung der Messinstrumente, Austausch mit ANQ

Erkenntnisse: Schnittstellenoptimierung zur effizienten Datenaggregation respektive Datenlieferung soll angestrebt werden (Vernetzung KIS/OPALE/XPsy)

**Weiterführende Unterlagen**

- keine

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

### 18.2.1 Wechsel Chefarzt und Leitung Pflege und Behandlungen / neue Klinikleitung

**Projektart:** Internes Projekt

#### **Projektziele**

Innerhalb von 2 Monaten mussten 2/3 der Klinikleitung bei bleibender Handlungsfähigkeit ausgetauscht werden. Hauptziel war, in diesem Prozess Stabilität und Sicherheit zu vermitteln und aufgabenorientiert zu arbeiten.

#### **Projekttablauf / Methode**

Die Wechsel der beiden Bereichsleiter haben ganz unterschiedliche Hintergründe und waren für sich genommen relativ unproblematisch. Da sie aber innerhalb einer Dreierleitung und zeitlich sehr nahe aufeinander vollzogen werden mussten, war die Herausforderung doch recht gross. Einzig der Geschäftsführer konnte eine gewisse Konstanz herstellen.

Beide neuen Mitglieder waren sofort sehr nahe bei den Mitarbeitenden, zeigten ein hohes Engagement und vermittelten Sicherheit. Die Klinikleitung sowie auch das neue Gremium der erweiterten Klinikleitung investierten Zeit in gute Absprachen und wurden so von Beginn an als sachorientierte Einheit wahrgenommen und waren für die Mitarbeitenden spürbar. Die Auftritte erfolgten in Funktion als Klinikleitung und als Erweiterte Klinikleitung, die Einzelinteressen wurden in den Hintergrund gestellt.

#### **Involvierte Berufsgruppen**

Stiftungsrat, Klinikleitung, Erweiterte Klinikleitung, Kader, Mitarbeitende

#### **Projektelevaluation / Konsequenzen**

Die Handlungsfähigkeit war nie in Frage gestellt. Viele grössere Aufgaben und Projekte konnten im Laufe des Jahres 2016 gemeinsam durchgezogen und erfolgreich abgeschlossen werden. Der Jahresabschluss zeigt ein sehr gutes Bild.

#### **Weiterführende Unterlagen**

- Jahresberichterstattung 2016
- Qualitätsbericht 2016

## 18.2.2 Aufbau und Eröffnung einer ambulanten Fachstelle "SGM Ambi Bern"

### Projektart

Aufbau eines neuen Stützpunktes unter dem Titel „Näher zu den Patientinnen und Patienten“

### Projektziele

- Aufbau einer ambulanten Fachstelle für Psychiatrie / Psychosomatik / Psychotherapie an zentraler Lage in Bern
- Durchführung von Abklärungs- und Beratungsgesprächen, Nachbetreuung stationärer oder tagesklinischer Patientinnen und Patienten, Gruppenangebote
- Verkürzung der Reisezeit für Patientinnen und Patienten, Ausgleich der peripheren Lage der Klinik SGM Langenthal im Kanton Bern
- Kooperation mit einer zweiten psychiatrischen Klinik im Kanton

### Projekttablauf / Methode

1. Absprachen und Vereinbarungen zur Zusammenarbeit der beiden beteiligten Kliniken (2014 – 2015)
2. Suche nach einem geeigneten Mietobjekt in der Stadt Bern (2014 – 2015)
3. Konzeptentwicklung, Mitarbeitersuche und –anstellung (2015 – 2016)
4. Mietverträge, Sanierungsplanung, Sanierung der Räumlichkeiten, Planung und Bestellung Infrastruktur/Einrichtung, Bezug (2016)
5. Eröffnung (Start der Arbeit 01.06.2016)
6. Einweihungsfeier (05.08.2016)

### Involvierte Berufsgruppen

#### a) Im Aufbau

- Geschäftsführung (Projektleitung)
- Leiter Finanzen und Controlling
- Mitarbeiter Technik
- Leiter IT
- Leiterin Marketing
- Leitender Arzt ambulante Dienste

#### b) Im Betrieb

- Leitender Arzt ambulante Dienste
- Fachärzte
- Psychotherapeuten

### Projektelevaluation / Konsequenzen

#### Stand der Umsetzung:

- SGM Ambi Bern ist gut gestartet und erfüllt die Zielvorstellungen
- Weiterer Ausbau der Arbeit bis zur vollen Nutzung der Räumlichkeiten läuft

#### Erkenntnisse:

- Die langwierigste und aufwendigste Aufgabe war die Suche nach geeigneten Räumlichkeiten
- Die Zielvorstellungen der Arbeit auf einer Aussenstation erfüllten sich
- Besonderes Augenmerk ist darauf zu richten, dass die Mitarbeitenden der Aussenstelle genügend in die Kultur und Gegebenheiten der Klinik in Langenthal eingebunden sind

### Weiterführende Unterlagen

- Flyer Fachstelle Bern
- Website der Klinik SGM

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

**Projektart:** Internes Projekt

**Projektziele**

Optimierung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes innerhalb der Klinik

**Projektlauf / Methode**

Es wurden 5 Schulungen zum Brandschutz und zum Umgang mit der Brandmeldeanlage durchgeführt, an denen alle Mitarbeitenden teilnahmen.

Die Flucht- und Rettungspläne sowie die Übersicht zum Umgang mit Notfallereignissen wurden überarbeitet und mit den Anpassungen ausgehängt.

Das Entsorgungskonzept wurde nach neuesten Anforderungen überarbeitet und entsprechend umgesetzt.

Die im Jahr 2015 begonnene Gefährdungsermittlung wurde abgeschlossen, notwendige Massnahmen wurden umgesetzt.

Im Dezember fand der ERFA-Infohalbtage der H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz bei uns in der Klinik SGM Langenthal statt.

**Involvierte Berufsgruppen**

Alle unter Leitung des Technischen Dienstes

**Projektergebnisse / Konsequenzen**

Die Sicherheit und der Gesundheitsschutz konnten mittels der oben aufgeführten Massnahmen nach neuesten Anforderungen optimiert werden. Die Umsetzung wird fortlaufend überprüft, bei Bedarf werden Anpassungen vorgenommen.

**Weiterführende Unterlagen**

- Konzepte für Brandschutz, Notfallereignisse, Entsorgung etc.
- Flucht- und Rettungspläne
- Auswertung der Gefährdungsermittlung und Massnahmenkatalog

## 19 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

Als strategische Hauptthemen im Betriebsjahr 2017 stehen die Umsetzung der Mehrjahresplanung sowie die Unternehmensentwicklung im Vordergrund. Zudem wird die Umsetzung des Masterplans im Bereich IT einen wichtigen Fortschritt in Richtung digitale Datenhaltung bringen. Das SGM Ambi Bern soll bis zur vollen Auslastung erweitert werden und auf diese Weise einen wertvollen Beitrag zur optimalen Betreuung unserer ambulanten Patientinnen und Patienten leisten.

Weitere Qualitätsschwerpunkte:

- Durchführen der Mitarbeitenden-Umfrage 2017
- Regelmässige Durchführung einer Zuweiserumfrage
- Prozessoptimierung und Verbesserung des Dokumentenmanagements
- Zusammenführung des Qualitätsberichts nach H+ und des internen Qualitätsberichtes
- Ausrichtung des Managementsystems nach EFQM-Standards

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinformation.ch](http://spitalinformation.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Psychiatrie

Das betriebliche Angebot der Psychiatrie basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik.

#### Leistungsangebot in der Psychiatrie

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

#### Bemerkungen

##### Stationäres Angebot

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

### Rehabilitation

#### Leistungsangebot in der Rehabilitation

Arten der Rehabilitation
Psychosomatische Rehabilitation

a,s

a = ambulant, s = stationär

## Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflage tage** geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflage tage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflage tage geringere Austrittszahlen.

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

Angeborene stationäre Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient		Geleistete Pflage tage
Psychosomatische Rehabilitation	0.00	73	1953

## Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre strong>Infrastruktur auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine 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** zusammenzuarbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ zum Beispiel mit Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

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

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

## Personelle Ressourcen in der Rehabilitation

Vorhandene Spezialisierungen	Anzahl Vollzeitstellen
<b>Klinik SGM Langenthal</b>	
Facharzt Psychiatrie	3
Facharzt Innere Medizin mit Ausweis Psychosoziale und Psychosomatische Medizin	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
<b>Klinik SGM Langenthal</b>	
Pflege	5
Physiotherapie	1
Ergotherapie	1
Psychologen	1
Sozialdienst	1
Musiktherapie	1
Seelsorge	1

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

## Anhang 2

## 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](http://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](http://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](http://www.spitalinformation.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



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

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)



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

Siehe auch: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



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