

The logo for LWL, consisting of the letters 'LWL' in a bold, blue, sans-serif font.

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	LWL-Klinik Hemer Hans-Prinzhorn-Klinik
Institutionskennzeichen:	260590914
Anschrift:	Frönsberger Straße 71 58675 Hemer
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2014-0051 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	10.07.2014
bis:	09.07.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	8
1 Patientenorientierung	9
2 Mitarbeiterorientierung	14
3 Sicherheit	16
4 Informations- und Kommunikationswesen	18
5 Führung	19
6 Qualitätsmanagement	21

Vorwort der KTQ[®]

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ[®] somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

¹zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **LWL-Klinik Hemer Hans-Prinzhorn-Klinik** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Die LWL-Klinik Hemer - Hans-Prinzhorn-Klinik ist eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Aufgaben psychiatrischer Vollversorgung für den nördlichen Märkischen Kreis. Träger der Klinik ist der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, der als Träger mehrerer psychiatrischer Kliniken eine sozial gerechte und umfassende Versorgung für alle Betroffenen anbietet.



Gesellschaft und Gesundheitssystem befinden sich im Wandel. Das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie fordert die psychiatrischen Kliniken heraus. Eine Klinik wie diese, die sich als lernende Organisation begreift, ist in besonderer Weise in der Lage, mit neuen Herausforderungen umzugehen. Sie passt ihre Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe an und definiert neue Anforderungen an die Mitarbeiter.

Wandel könnte zu Überforderung führen, gäbe es nicht einen festen Bezugspunkt, an dem sich sowohl die Klinikleitung als auch die Mitarbeiter orientieren. Unser fester Bezugspunkt sind die Werte, Ziele und handlungsleitenden Normen, die wir in unserem Leitbild festgehalten haben. Sie geben uns und unseren Patienten eine sichere Orientierung.

Unsere Klinik als lernende Organisation lebt von Lernenden, sich weiter qualifizierenden Mitarbeitern. Nur so können wir unserem Anspruch genügen, qualitativ hochwertige Arbeit nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu leisten. Es ist unser Ziel, psychische Erkrankungen wirksam zu behandeln, so dass wenn nicht Heilung doch Besserung gelingt. In Therapie und Pflege knüpfen wir an die Ressourcen des Patienten an, versuchen Beschwerden zu lindern und zu stabilisieren, die psychische Entwicklung günstig zu beeinflussen und durch Verbesserung von Kompetenzen die soziale Integration zu fördern. Damit verfolgen wir gleichzeitig das Ziel der Verbesserung subjektiver Lebensqualität.

Wir fühlen uns grundlegenden humanistischen Werten verpflichtet, an denen wir uns im Umgang mit Patienten und im Umgang unter uns Mitarbeitern orientieren. Die zunehmende Globalisierung bringt Menschen verschiedener Kulturen und verschiedener Religionen stärker miteinander in Berührung. Wir bemühen uns, kulturelle und religiöse Unterschiede zu beachten und zu respektieren. Gleichzeitig gehört es zu unserer Auffassung interkultureller Psychiatrie, das Verbindende der zunächst verschieden erscheinenden Wertvorstellungen zu beachten. Respektvoller und freundlicher Umgang mit anderen gehört zu den verbindenden Geboten.

Das bedeutet für unseren Umgang mit dem Patienten, dass wir ihn als Patienten und als Partner sehen, mit dem gemeinsam wir eine für ihn schwierige Situation zu bewältigen suchen. Wir behandeln und pflegen ihn auf der Grundlage unseres Fachwissens, den wissenschaftlichen Standards entsprechend und nach den Regeln der Kunst. Auf seine Bedürfnisse richten wir die Organisation der Klinik aus.

Wir sehen den Patienten als Menschen mit allen seinen Anteilen. Seine Lebensgeschichte interessiert uns, da sie seine Krankheit verstehen hilft. Wir beziehen die jedem Menschen eigene Kreativität in den therapeutischen Prozess ein.

Die Klinik versteht sich auch als Dienstleistungsunternehmen, das Wünsche nach angenehmer Atmosphäre, nach schönen Räumen, Freizeitangeboten und gutem Essen zu erfüllen versucht.

Die angenehme Atmosphäre tut uns Mitarbeitern ebenfalls gut. Das schöne Äußere hilft uns, ein Arbeitsklima zu schaffen, das durch Respekt und Freundlichkeit geprägt ist. Die Betonung des Teamgedankens und die regelmäßige Supervision der therapeutischen und pflegerischen Arbeit tragen zum guten Arbeitsklima bei.

Die Klinik setzt die verfügbaren Mittel ökonomisch und mit ökologischem Bewusstsein ein und bemüht sich um eine transparente Wirtschaftsweise. Dienstleistungsorientierung in den die Behandlung unterstützenden Prozessen ist uns Gebot. Die Einbindung in das regionale Netz Dortmund-Hemer setzt Synergieeffekte frei.

Auf gewachsenen Strukturen aufbauend treiben wir die Qualitätsentwicklung voran. Orientiert am Rahmenkonzept des EFQM (European Foundation for Quality Management) haben wir die Organisation des Qualitätsmanagements systematisiert. Qualitätsma-

nagement ist Führungsaufgabe und wird als solche wahrgenommen. Ausgehend von den Führungskräften und unterstützt durch Initiativen aus der Mitarbeiterschaft entwickelt sie Projekte, die der Qualitätsentwicklung dienen.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

In welchem Rahmen findet die Patientenversorgung statt?

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Wie ist sie zu erreichen und wie wird die Aufnahme eines Patienten geplant?

Die Klinik liegt reizvoll zwischen Wiesen und Wäldern auf einem Hügel am Rande des Sauerlandes. Sie ist im Ortsgebiet Hemer für den Autoverkehr ausgeschildert. Kostenlose Parkplätze stehen in ausreichender Menge zur Verfügung. Die Haltestelle des Anruflinienbusses befindet sich direkt vor der Klinik.

Zu unserem patientenorientierten Behandlungskonzept gehört es, dass Patienten und ihren Angehörigen über Klinikprospekt und Homepage das Angebot der Klinik kennenlernen können. Die Klinik verfügt über eine zentrale Aufnahme. Sie ist die Anlaufstelle für alle geplanten und notfallmäßigen Aufnahmen und sorgt mit fachärztlicher und fachpflegerischer Kompetenz dafür, dass die Patienten zeitnah der angemessenen Behandlung zugeführt werden. Die Klinik ist jederzeit in der Lage, Notfälle aufzunehmen.

Die Klinik orientiert sich an Leitlinien

Die Klinik arbeitet mit den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften (DGPPN und DGN) und sie berücksichtigt neuere Ergebnisse evidenzbasierter Medizin. Sie orientiert sich damit an den Richtlinien der Bundesärztekammer. Die Pflege arbeitet mit dem Konzept der Pflegeordnungskategorien (POK) und orientiert sich an den geltenden Expertenstandards (DNQP).

Die in der Patientenversorgung tätigen Mitarbeiter greifen über das Intranet bzw. über das elektronische Klinikhandbuch jederzeit auf Leitlinien und interne Behandlungs- und Pflegestandards zu.

Information und Beteiligung der Patienten sind uns wichtig

Wir wahren die Patientenrechte, indem wir den Patienten als Partner ernst nehmen und ihn mit seinen Ressourcen, seinen Bedürfnissen und Wünschen in die Behandlungsplanung einbeziehen. Der individuelle Therapieplan wird grundsätzlich gemeinsam mit dem Patienten erstellt. Klinikprospekt, Flyer der Stationen und Internetpräsentation der Klinik erlauben es dem Patienten, sich ein Bild der therapeutischen Möglichkeiten zu machen. Die ausführliche Information von Angehörigen und gesetzlichen Vertretern über Behandlungsschritte und Pflegemaßnahmen - die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt - gehört zu unserem Behandlungskonzept. Zur Verbesserung der Kommunikation mit Patienten mit Migrationshintergrund haben wir ein Konzept zur interkulturellen Psychiatrie entwickelt. Aufklärungsbroschüren, die über die Erkrankungen und ihre Behandlung informieren, liegen auf den Stationen in verschiedenen Fremdsprachen vor.

Unsere fremdsprachlichen Mitarbeiter, oft selbst mit anderem kulturellen Hintergrund, stellen sich zur Unterstützung der Kommunikation bei Behandlung und Diagnostik zur Verfügung. Die Besuchszeiten planen die Patienten eigenständig, wobei sie den Therapieplan berücksichtigen. Die Klinik fördert die Nutzung von Selbsthilfegruppen.

Service, Essen und Trinken

Die Patientenzimmer - 2-Bett- oder Einzelzimmer - sind hübsch und funktional eingerichtet. Jede Station verfügt über eine behindertengerechte Sanitäreinheit. In der therapiefreien Zeit stehen den Patienten Entspannungsräume, Cafeteria, Freizeitoase, Medical Wellness Bereich, Fernsehräume, eine Parkanlage mit Kunstgegenständen zum Anfassen, Marktplatz, Kegelbahn und zeitweise die Disko zur Verfügung. Sauberkeit und Hygiene der Räume, sowie die Sicherheit eigener Wertgegenstände sind durch entsprechende Maßnahmen gewährleistet. Wir gestalten die Mahlzeiten angenehm und abwechslungsreich und beachten unterschiedliche Bedürfnisse. Zum Frühstück und zum Abendessen wird ein Buffet angeboten mit einer Vielzahl von Brotsorten, frischen Brötchen, diversen Konfitüren, verschiedenen Käse- und Wurstsorten von hoher Qualität. Abends stehen dazu Salate auf dem Plan. Mittags hat der Patient die Wahl zwischen 2 Vollkost- und einem Vollwert vegetarischen Menu und den Krankheitsbildern entsprechenden besonderen Diäten. Darüber hinaus gibt es Wunschkost für Patienten mit Appetitstörungen (hochkalorische Zusatzkost). Bei sämtlichen Mahlzeiten ist die Hygiene durch ein Qualitätskonzept gesichert. Die Küche beachtet kulturelle und religiöse Speisevorschriften sowie individuell gewünschte Sonderkostformen (z. B. für Veganer).

Kooperationen intern und mit Ansprechpartnern außerhalb der Klinik

Alle an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen kooperieren, wie es unserem multiprofessionellen Behandlungskonzept entspricht. Täglich findet unter Leitung des ärztlichen Direktors die klinikweite Morgenkonferenz statt, an der Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegedirektion und der Leiter der Physiotherapie teilnehmen. Für die nicht in der eigenen Klinik durchgeführten Untersuchungen wird ein Konsil angesetzt, was in den meisten Fällen bedeutet, dass die Untersuchung in einer anderen Klinik stattfindet. In Notfällen vereinbaren die behandelnden Ärzte unmittelbar telefonisch Termine mit den externen Behandlern: Zeitziel ist die sofortige Diagnostik. Gefährdete Patienten begleitet der Pflegedienst.

Erstdiagnostik und Erstversorgung von Notfallpatienten

Anlaufstelle für Notfallpatienten ist die Zentrale Aufnahme. Ihre Mitarbeiter nehmen eine Ersteinschätzung der Erkrankung mit der entsprechenden Abteilungs- und Stationszuordnung vor. Der Patient wird dann durch den Rettungsdienst auf die Station gebracht und der Aufnahmeprozess durch die Mitarbeiter der Zentralen Aufnahme auf der jeweiligen Station durchgeführt. Ziel der Klinik ist es, gleich ein möglichst umfassendes Bild des Patienten zu erhalten. Von Beginn an wird der Patient in die Behandlungsplanung integriert. Erfasst werden nicht nur Störungen, sondern auch Ressourcen, Biografisches ebenso wie die aktuelle Lebenssituation. Ggf. wird die Möglichkeit der Fremdanamnese genutzt, indem begleitende Angehörige und der Rettungsdienst befragt werden. Innerhalb von 24 Stunden erfolgt eine weitere Untersuchung durch einen Facharzt. Die Fachpflegekräfte der Stationen führen das weitere Aufnahmeverfahren durch. Das Belegungsmanagement ist so angelegt, dass jede Station ihrer fachlichen Ausrichtung entsprechend jederzeit in der Lage ist, Notfallpatienten aufzunehmen.

Ambulante Diagnostik und Behandlung

Jeder ärztliche Therapeut der Institutsambulanz hält zwei Notfalltermine pro Woche vor, um akut erkrankte Patienten zeitnah versorgen zu können. Reichen diese Termine nicht aus, werden Patienten auch außerplanmäßig gesehen. Eine optimale Koordination von Klinik und Institutsambulanz sorgt dafür, dass wir den Patienten einen guten Übergang zwischen ambulanten und stationären Strukturen bieten. Jeder ambulante Patient wird von einem Facharzt auf Facharztneiveaubehandelt. Patienten werden so einbestellt, dass es nicht zu Wartezeiten kommt. Erscheint ein Patient unangemeldet wegen akuter Symptome, wird seine Behandlung vorgezogen. Das Spektrum therapeutischer Möglichkeiten ist groß: Traumaambulanz, Suchtambulanz und eine aufsuchende Ambulanz mit gerontoneuropsychiatrischem Schwerpunkt versorgen Patientengruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen. Da soziale Probleme einen immer größeren Raum einnehmen, hat unser Sozialdienst sein Angebot erweitert.

Ambulante Operationen

Ambulante Operationen werden in unserer Klinik nicht durchgeführt.

Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Ziel der Klinik ist es, bei der Ersteinschätzung ein möglichst umfassendes Bild des Patienten zu erhalten, das als Basis der Behandlungsplanung dienen kann. Der endgültige Therapieplan ist innerhalb von drei Tagen zu erstellen. Der Behandlungsprozess richtet sich nach den Leitlinien der Fachgesellschaften und wird vom ärztlichen Dienst festgelegt. Die Diagnostik wird individuell angeordnet. Unter Supervision des zuständigen Facharztes werden die notwendigen Untersuchungen angefordert. Die an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen tauschen sich in Besprechungen aus und stimmen sich ab. Das sind u.a. tägliche Übergaben, multiprofessionelle Stationsteams, Chef- und Oberarztvisiten, sowie die tägliche Morgenkonferenz unter Leitung des ärztlichen Direktors. Mehr als die Hälfte der behandelnden Ärzte sind Fachärzte. Die Mitarbeiter der Pflege sind zu 94% examinierte Pflegekräfte, 18,3% sind weitergebildet als psychiatrische Fachpflegekraft. Alle Psychologen (mit Ausnahme der Psychologen im Praktikum) sind als psychologische Psychotherapeuten hochqualifiziert. Dazu sind einige den Stationskonzepten entsprechend in störungsspezifischen therapeutischen Ansätzen ausgebildet. Die Klinik überprüft anhand der im Krankenhausinformationssystem (KIS) fortlaufend festgehaltenen Betreuungsintensität die Wirksamkeit der Behandlungsplanung.

Therapeutische Prozesse

Es ist unser Ziel, den Behandlungsprozess so zu strukturieren, dass, aufbauend auf dem verfügbaren Fachwissen, ein nachvollziehbarer Ablaufplan diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen vorgegeben wird, gleichzeitig aber die notwendige Flexibilität im Umgang mit unerwarteten Entwicklungen gewährleistet ist. Dazu orientieren wir uns an den Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften, die den aktuellen Stand des Wissens bündeln. Der Pflegeprozess folgt dem POK System. Die nationalen Expertenstandards werden angewandt. Die regelmäßige pharmakologische Beratung liegt in der Hand der Leitung der Zentralapotheke.

Auf den Stationen werden für die Patienten verständlich gestaltete Aufklärungsbroschüren in verschiedenen Sprachen über Erkrankungen und Medikamente bereitgehalten. Der Behandlungsprozess wird grundsätzlich im gesamten Behandlungsteam abgestimmt. Dazu gehört auch die gemeinsame Dokumentation von Pflege und Therapeuten.

Das Konzept einer hochwertigen Behandlung sieht vor, dass alle Angehörigen therapeutischer Berufe sich regelmäßig in Einklang mit den Stationskonzepten weiterbilden. Ein wichtiger Indikator des Behandlungserfolgs ist die regelmäßig eingeschätzte Betreuungsintensität.

Operative Verfahren

Operative Verfahren werden in unserer Klinik nicht eingesetzt.

Die Visite

Es ist unser Ziel, dem Patienten auch bei der Visite zu vermitteln, daß ihm die volle Aufmerksamkeit des Teams gehört und ihm soviel Zeit gewidmet wird, wie er benötigt. Dies gehört zur Kultur des Hauses. Mindestens 2 fachärztlich geleitete Visiten pro Woche sind Standard. Der Visitenverlauf wird unmittelbar von den Therapeuten dokumentiert. An der Visite nimmt das verantwortliche Pflegepersonal grundsätzlich aktiv teil. Die Integration medizinischen und pflegerischen Fachwissens in der Visite hat sich in der Psychiatrie bewährt. Mitarbeiter des Sozialdienstes sind mindestens an der Chefarzt-, häufig auch an der zweiten, wöchentlichen Facharztvisite beteiligt. In der Gerontopsychiatrie ist auch die Physiotherapie an der Chefarztvisite beteiligt. Patienten, die eine intensive Betreuung bzw. Überwachung benötigen, werden mindestens einmal täglich vom Stationsarzt und ggf. vom Facharzt visitiert. Der Patient wird in der Visite direkt angesprochen und in der für ihn angemessenen Weise in das Visitengespräch einbezogen. Man macht es ihm leicht, Fragen zu stellen und Wünsche zu äußern. Bei neu aufgenommenen Patienten werden alle an der Visite beteiligten Personen namentlich und mit ihrer Funktion vorgestellt.

Die teilstationäre oder tagesklinische Behandlung (Teil,- Prä,- Poststationär)

Teilstationäre Behandlung ist dann möglich, wenn ambulante Behandlung nicht ausreicht, aber stationäre Behandlung nicht notwendig ist. Die Patienten werden von Hausärzten oder niedergelassenen Fachärzten eingewiesen oder kommen aus dem stationären Bereich. Die hohen fachlichen Standards der Tagesklinik werden sichergestellt durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Assistenzärztin in der Facharztweiterbildung, einen psychologischen Psychotherapeuten, 3 examinierte Pflegekräften mit langjähriger fachpsychiatrischer Erfahrung, einen Sozialarbeiter, 2 Ergotherapeuten und weiteres Fachpersonal. Die Patienten werden in psychoedukativen Gruppen und mittels Handouts über ihre Erkrankung, Behandlung einschließlich Medikation sowie eigene Möglichkeiten zur Krankheits- und Krisenbewältigung informiert. Die TK (Tagesklinik) hat das Ziel, den Patienten zum Experten seiner Erkrankung zu machen und zur Förderung der Resilienz eigene Stärken wahrzunehmen und zu nutzen.

Die Vorbereitung der Entlassung

Ziel der Entlassungs- bzw. Verlegungsplanung ist die Reintegration in das soziale Umfeld des Patienten mit individuell angepassten Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen. Hierzu wurde ein Konzept erstellt, in dem der Ablauf der Entlassungsvorbereitung und die Verantwortlichkeit für die Entlassung stationsübergreifend festgelegt wurde. Bei Verlegung in eine andere Einrichtung wird durch die Pflege ein Überleitungsbogen erstellt. Dieser umfaßt auch den Umgang mit Angehörigen, Betreuern und Behörden im Rahmen der Entlassungsvorbereitung. Verantwortlich für die möglichst reibungslose, zeitnahe und umfassende Weiterbehandlung sowohl intern als auch extern sind der Oberarzt und die pflegerische Stationsleitung. Jeder Patient erhält am Entlassungstag einen vorläufigen Arztbericht für den weiter behandelnden Arzt, der Angaben über Diagnosen, Behandlungsverlauf und Medikation enthält. Der Verfahrensablauf "Entlassmanagement" wurde auf Basis des nationalen Expertenstandards erarbeitet.

Die kontinuierliche Weiterbetreuung

Das Ziel, eine adäquate und kontinuierliche Weiterbetreuung der Patienten sicherzustellen, ist während der gesamten Behandlung präsent.

Verantwortlich für die frühzeitigen konkreten Planungen der kontinuierlichen Weiterbetreuung sind alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter. Für die Patienten mit Psychosen, Depressionen und Borderlinestörungen existieren Modelle zur integrierten Versorgung. Die kontinuierliche psychiatrische Versorgung der Patienten in Nachsorgeeinrichtungen ist durch die Institutsambulanz gewährleistet. Für die Kooperation mit einzelnen Heimeinrichtungen, stationären Rehabilitationseinrichtungen und anderen komplementären Versorgungseinrichtungen gibt es namentlich benannte Klinikmitarbeiter. In der Checkliste "Entlassungsvorbereitung stationärer Patienten", ist festgelegt, welche Einrichtungen/Personen im Rahmen einer anstehenden Entlassung zu informieren sind. Eine strukturierte Zusammenarbeit mit anderen Akteuren in diesem Bereich des Gesundheitswesens ist durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) der Region Iserlohn/Hemer gegeben, in dem die Klinik mit Ambulanz und Tagesklinik aktiv ist. Auch konnte der hauseigene ambulante Pflegedienst, der in diesem Bereich die kontinuierliche Weiterversorgung sichert, weiter ausgebaut werden.

Umgang mit sterbenden Patienten

Es ist uns wichtig, den Sterbenden angemessen zu begleiten. Uns liegt am Herzen, gezielt auf die Wünsche und Bedürfnisse des Sterbenden und seiner Angehörigen einzugehen. Sterbebegleitung ist vor allem in der Abteilung Gerontoneuropsychiatrie bei multimorbiden somatisch schwer kranken Patienten relevant. Verantwortlich für den Umgang mit Sterbenden ist die jeweilige Stationsleitung in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt und den Angehörigen. Auf Wunsch kann der evangelische Klinik-Seelsorger unterstützend und beratend eingebunden werden. Ferner besteht die Möglichkeit, einen katholischen Priester zu kontaktieren. Auch Angehörigen anderer Glaubensgemeinschaften wird die Möglichkeit gegeben, eine ihrer Kultur angemessenen Sterbebegleitung zu erfahren. Bei Aufnahme werden Patienten der Gerontoneuropsychiatrie bzw. deren Angehörige befragt, ob eine Patientenverfügung vorliegt. Wenn ja wird diese in der Patientendokumentation hinterlegt. Für sterbende Patienten steht immer ein Einzelzimmer zur Verfügung. Patientenverfügungen und individuelle Wünsche

der Sterbenden und ihrer Angehörigen werden berücksichtigt. Dabei beachten wir insbesondere den kulturellen und psychosozialen Hintergrund unserer Patienten und ihrer Angehörigen.

Umgang mit Verstorbenen

Es ist uns wichtig, ethisch angemessen mit Verstorbenen und ihren Angehörigen umzugehen. Gleichzeitig beachten wir die rechtlichen Anforderungen. Der aktuelle klinische Standard regelt die Verfahrensweise und liegt allen Stationen vor. Bei Angehörigen anderer Kulturen und Religionen machen wir es zu unserer Aufgabe, deren Wertvorstellungen und religiösen Vorstellungen zu beachten. Der Verstorbene wird den ethischen Grundsätzen der Klinik entsprechend in einem Einzelzimmer aufgebahrt. Angehörige können sich im Patientenzimmer von dem Verstorbenen verabschieden. Im Sinne der Interkulturalität achten wir darauf, kulturspezifischen Normen und Regeln nicht zu verletzen.

2 Mitarbeiterorientierung

Wie plant die Klinik den Personalbedarf?

Eine bedarfsgerechte optimale Patientenversorgung ist nur mit hoch qualifiziertem, hoch motiviertem Personal sicherzustellen. Verantwortlich für die Personalplanung ist die Betriebsleitung mit den abteilungsleitenden Chefärzten und den Abteilungsleitungen des Pflegedienstes. Die Facharztquote liegt 2013 bei 66%. Damit sichert die Klinik die besondere Qualität ihrer diagnostischen und therapeutischen Arbeit. Die Fachpflegequote wurde auf 15% festgelegt, die Quote aller Pflegekräfte mit 3-jähriger Ausbildung auf 90%. So ist klinikweit ein hohes pflegerisches Niveau gesichert. Mitarbeiter und Klinik profitieren von der Umsetzung des Konzepts zur betrieblichen Wiedereingliederung (BEM).

Personalentwicklung/Qualifizierung

Wir verfolgen das Ziel, die Mitarbeiter in die Entwicklung der Klinik einzubinden, sie sich fachlich und persönlich den Wünschen, Neigungen und Fähigkeiten entsprechend entwickeln zu lassen. Motivierte und engagierte Mitarbeiter sind der Schlüssel zu einer hochwertigen, patientenorientierten Versorgung. Dieser Gedanke ist explizit im Leitbild verankert. Obere, mittlere und untere Führungsebene der drei großen Professionen der Klinik sind dafür verantwortlich, daß für die jeweilige Berufsgruppe das Personalentwicklungs- (PE)-Konzept erarbeitet und zur Geltung gebracht wird. Im Rahmen des Audits Beruf und Familie wurde eine optimierte Gestaltung der lebensphasenorientierten Personalentwicklung vereinbart.

Einarbeitung von Mitarbeitern

Unser Einarbeitungskonzept dient dem Ziel, neue Mitarbeiter möglichst schnell in ihre Aufgaben einzuführen, sie in das Behandlungsteam zu integrieren, und sie mit Leitbild und Philosophie der Klinik vertraut zu machen. Dazu haben wir ein standardisiertes Verfahren entwickelt. Das Gespräch des neuen Mitarbeiters mit seinem Vorgesetzten ist Teil des zum Einarbeitungskonzeptgehörenden Checks, der von Mitarbeiter und Vorgesetztem gemeinsam durchzuführen ist.

Ausbildung

Wir bemühen uns, die Auszubildenden der Klinik durch umfassende Theorie-Praxis-Vernetzung auf ihre zukünftigen Aufgaben optimal vorzubereiten. Gefördert werden neben den im engeren fachlichen, persönliche und soziale Kompetenzen wie Toleranz und Konfliktfähigkeit, sowie Offenheit und Respekt für nationale und soziokulturelle Eigenheiten. Die Praxisanleiterin des Hauses ist Dozentin und absolviert zur Zeit einen pflegepädagogischen Bachelorstudiengang.

Fort- und Weiterbildung

Ziel der Fort- und Weiterbildung ist es, die Mitarbeiter für ihre derzeitigen und zukünftigen Aufgaben zu qualifizieren. Dabei wird sowohl auf interne als auch externe Angebote zugegriffen. Im regionalen Netz bzw. in der eigenen Klinik werden folgende Fortbildungen angeboten. Pflegedienst : Praxisanleiterschulungen, Kinaesthetik, Deeskalationstraining. Externe Angebote nutzen wir für: Fachpflege Psychiatrie, Fachpflege Suchterkrankung, Fachpflege Gerontopsychiatrie, Stationsleitungslehrgänge, sowie die Unterstützung von Mitarbeitern, die einen akademischen Abschluss in der Pflege anstreben. Ärztlicher Dienst und therapeutischer Dienst: u.a. Qualifizierungsmaßnahmen in den nationalen Expertenstandards, Facharztweiterbildung für: Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie, Forensische Psychiatrie, Geriatrie; Weiterbildung Klinische Psychologie. Der Wissenstransfer externer Fortbildungen in die Abteilungen wird durch Konferenzen, interne Fortbildungen und Teambesprechungen gesichert.

Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Es ist unser Ziel, orientiert an den im Leitbild der Klinik formulierten Werten ein Arbeitsklima zu schaffen, das durch wechselseitigen Respekt und Freundlichkeit geprägt ist. Wichtig ist für uns dabei der Teamgedanke: Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen und in unterschiedlichen Positionen in der Hierarchie angesiedelt arbeiten problembezogen zusammen.

Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Schriftliche Regelungen zu den Arbeitszeiten liegen für die Pflege, den ärztlich-therapeutischen Dienst, die Verwaltung und sonstige Mitarbeiter im Rahmen von Dienstvereinbarungen vor. Grundlage hierzu bilden die Vorgaben des TVÖD/TV-Ärzte VKA (38,5 sowie 40 Stunden-Woche). In der Pflege erstellen die jeweiligen Stationsleitungen die Dienstpläne für das 3-Schichten-System. Im ärztlichen Bereich werden im Rahmen des kollegialen Dialogs die Regelungen zu Bereitschafts-, Mittelgrund- und Hintergrunddienst getroffen. Die Wünsche der Mitarbeiter werden in allen Bereichen berücksichtigt, sofern dies organisatorisch möglich ist.

Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Es ist uns wichtig, Mitarbeiterzufriedenheit und -produktivität durch Einbeziehung des Kreativitätspotenzials aller in der Einrichtung Beschäftigten zu fördern. Es soll ein Klima geschaffen werden, in dem Mitarbeiter anerkannt werden. Dazu gehört es, mit Ideen, Wünschen und Beschwerden von Mitarbeitern angemessen umzugehen, Ideen anzuer-

kennen und für Wünsche wie für Beschwerden ein offenes Ohr zu haben. Es gibt ein systematisiertes Vorgehen im Umgang mit Mitarbeiterideen und –Vorschlägen des Trägers, das die Klinik aufgreift und durch ein eigenes, integriertes Konzept mit Verfahrensanweisung zum Umgang mit Ideen, Wünschen und Beschwerden ergänzt und konkretisiert.

3 Sicherheit

Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz mit all seinen Regelungen ist für die LWL Klinik Hemer im "Blauen Ordner" einzusehen. Dieser enthält für die verantwortlichen Vorgesetzten und die Beschäftigten eine Vielzahl an allgemeinen und speziellen betrieblichen Arbeitsschutzregelungen, -Informationen und -Handlungsanleitungen. Ein Arbeitsschutzausschuss (ASA) ist entsprechend den gesetzlichen Vorgaben eingerichtet und tagt viermal im Jahr.

Die Arbeitgeberpflichten wurden durch den Träger der Betriebsleitung übertragen. Die Betriebsleitung ist verantwortlich für die Gewährleistung von Sicherheit/Gesundheit am Arbeitsplatz. Sie wird unterstützt durch die Abteilungsleitungen und verschiedene Sicherheitsbeauftragte.

Brandschutz

Die Brandschutzordnung (BSO) ist nach DIN 14 96 Teil A-C erstellt und wird im Rahmen der jährlichen Revision überprüft und ggf. angepasst. Die Mitarbeiter werden im Brandschutz unterwiesen und über die Brandschutzordnung informiert. Deren Inhalt wird mithilfe einer PowerPoint-Vorführung erläutert. Die BSO Teil A ist zusätzlich in Form von Aushängen und auf den Flucht- und Rettungsplänen für alle Personen im Gebäude einsehbar. Melde- und Alarmierungswege sind festgelegt und im Intranet einsehbar.

Umweltschutz

Wir bemühen uns, über die gesetzlichen Vorschriften hinaus ökonomische und ökologische Anforderungen zu erfüllen.

Allgemein: Umweltschutz und der sparsame Umgang mit den Ressourcen haben in allen Bereichen der Klinik einen hohen Stellenwert.

Durch eine effiziente und wirtschaftliche Unternehmensführung achten wir auf soziale und ökologische Belange und versuchen Umweltverträglichkeit und Nachhaltigkeit stets zu beachten. Die stetige Motivierung der Mitarbeiter, aktiv für die Belange des Umweltschutzes einzutreten hat in dieser Klinik Bedeutung.

Katastrophenschutz

Die Klinik ist (Notfall)Krankenhaus für psychiatrische Patienten bei Großschadensereignissen. Alle innerbetrieblichen Regelungen sind im Notfallmanagementhandbuch geregelt.

Nichtmedizinische Notfallsituationen

Für beide Standorte des Regionalen Netzes wurde ein gemeinsames Notfallmanagementhandbuch implementiert. Neben den internen Gefahrenlagen wie

Brand, Bombendrohung und den externen Gefahrenlagen wie Katstrophe, Großschadensereignissen beschäftigt sich das Handbuch auch mit den nichtmedizinischen Vorfällen, wie z.B. Ausfall und Sicherstellung der Stromversorgung, Wasserversorgung, Heizungsversorgung und der Kommunikation.

Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Patientensicherheit ist ein hohes Gut. Primär geht es darum, Schaden von Patienten abzuwehren, an zweiter Stelle um die Minimierung des Haftungsrisikos für die Einrichtung. Alle Mitarbeiter sind sich ihrer besonderen Verantwortung für die anvertrauten Patienten bewusst und sind auf Krisensituationen vorbereitet. Die Klinik verfügt über Standards zum Umgang mit Krisensituationen, die durch fremd- oder eigenaggressives Verhalten von Patienten ausgelöst werden. Aufgrund der besonderen Sorgfaltspflicht werden gegenüber bestimmten Patientengruppen Maßnahmen ergriffen wie: Verschließen der Medikamente, Verschließen von Gegenständen mit Gefährdungspotenzial. Demente Patienten, die die geschützte Umgebung verlassen, sind mit Piepern ausgestattet. Der nationale Expertenstandard Sturzprophylaxe wird angewandt.

Medizinisches Notfallmanagement

Es ist Ziel der Klinik, einen auf dem Klinikgelände, den Stationen, den Ambulanzen, in den Tageskliniken und in den Räumlichkeiten des Wohnverbundes auftretenden Notfall schnell und angemessen zu erkennen und versorgen zu können. Damit dies gewährleistet ist, haben wir die erforderlichen Abläufe und Meldewege festgelegt, Verantwortlichkeiten definiert und die Kenntnis dessen bei den Mitarbeitern durch regelmäßige Schulungen gesichert.

Hygienemanagement

Die Organisation der Hygiene verfolgt das Ziel, die Umsetzung der vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen sicherzustellen, auftretende Mängel schnell zu erkennen und ihrer Ursache nach zu bekämpfen. Des Weiteren soll eine strukturierte Information zu allen hygienerelevanten Belangen erreicht werden. Für die Organisation der Hygiene ist die Betriebsleitung verantwortlich, die einen hygienebeauftragten Arzt und eine Hygienefachkraft bestellt und eine Hygienekommission eingerichtet hat.

Hygienerelevante Daten

Das Konzept zur Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten stellt sicher, dass jederzeit der momentane Status der Einrichtung in Bezug auf Infektionen erkennbar ist und dass ggf. Trends frühzeitig erkannt werden. Verantwortlich für die Erfassung der Daten ist die Hygienefachkraft. Der interne sowie der externe Meldeweg von Infektionen sind durch Ablaufschemata schriftlich festgelegt.

Infektionsmanagement

Ziele des Infektionsmanagements mit seinen hygienesichernden Maßnahmen sind die Vermeidung, Erkennung und Bekämpfung von Infektionen, die Eingrenzung von Krankenhaus erworbenen Infektionen sowie die Vermeidung der Gefährdung von Patienten und Mitarbeitern. Dabei werden alle hygienerelevanten Gesetze – z.B. das

Infektionsschutzgesetz – beachtet. Für den Umgang mit nosokomialen Infektionen liegen klare Regelungen vor, die im Handbuch hinterlegt sind.

Arzneimittel

Arzneimittel werden durch die Apotheke direkt bei den Herstellerfirmen bestellt. Die Leiterin der Apotheke führt die Preisverhandlungen mit den Herstellerfirmen. Für jedes Arzneimittel existiert ein Bestellkärtchen als Infoträger, es wird gezogen, wenn die Vermerkte Bestandsmenge inklusive Mindestvorrat unterschritten wird.

Mindestvorratsunterschreitung löst einen Bestellvorgang aus. Es gibt eine Arzneimittelliste im Intranet, die für alle MA zugänglich ist. Arzneimittel, die nicht in der Liste stehen, können nur dann bestellt werden, wenn eine vom Oberarzt begründete Sonderanforderung vorliegt.

Blutkomponenten und Plasmaderivate

Blutkomponenten und Plasmaderivate werden in dieser Klinik nicht verwandt.

Medizinprodukte

In unserer Klinik existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten. Ziel ist es, Medizinprodukte sachgerecht anzuwenden und dabei die gesetzlichen Vorgaben in vollem Umfang zu beachten. Hygienische und ökologische Anforderungen sowie Arbeitsschutzaspekte werden berücksichtigt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Unsere Informations- und Kommunikationstechnologie ist so aufgebaut, dass sie der Unternehmensstrategie dient. Sie gestaltet Kommunikations-, Informations- und Dokumentationsabläufe effizienter und optimiert die Wirtschaftlichkeit des Hauses. Das bereits vorhandene Krankenhausinformationssystem (KIS) wird ausgebaut und stetig weiter entwickelt.

Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Verantwortlich für die Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung der Patientendaten ist die BL. Durch Einführung des KIS ist die geordnete Führung der Patientendokumentation inklusive der digitalen Archivierung gewährleistet. Das System gibt einen geregelten Workflow für die elektronische Patientenakte (EPA) vor.

Verfügbarkeit von Patientendaten

In der Klinik selbst gibt es ein Zentralarchiv, in dem die Krankenakten aller stationären Aufenthalte gelagert sind. Dezentral archiviert werden die Akten der Tageskliniken. Die Epikrisen im elektronischen System gehen zurück bis ins Jahr 2003. Mit der Einführung von KIS ist gewährleistet, dass jedem Mitarbeiter im Rahmen seiner Rechte, zu jeder Zeit, die benötigte Information zur Verfügung steht.

Information der Krankenhausleitung

Die Information der BL über interne Vorgänge ist sichergestellt durch die tägliche, interdisziplinäre Morgenkonferenz, wo über patientenbezogene Ereignisse aus dem Hause berichtet wird, regelmäßige Sitzungen der BL, Teilnahme an der Qualitätslenkungsgruppe (QLG) und Sitzungen mit dem Personalrat. Das Controlling informiert die BL regelmäßig über betriebswirtschaftliche Kenndaten der Klinik. Das Management der Klinik, die BL, wird vom Träger regelmäßig über verschiedene Gremien informiert ebenso wie über den LWL-Direktor und seine Referatsleitungen. Zu bestimmten Themen wie neues Entgeltsystem, KIS, zentraler Einkauf etc. organisiert der Träger Arbeitskreise, an denen BL Mitglieder teilnehmen

Informationsweitergabe (intern/extern)

In der Morgenkonferenz wird klinikweit, in den Abteilungskonferenzen abteilungsbezogen und in den Kurvenvisiten stationsbezogen über Patienten und Ereignisse multiprofessionell kommuniziert. In der abteilungsübergreifend genutzten elektronischen Krankenakte (EPA) sind alle Behandlungsdaten unmittelbar verfügbar. Leitungskräfte aller Bereiche sind im regionalen sozialpsychiatrischen Verbund vertreten und sorgen für den Informationsaustausch.

Organisation und Service

Der Empfang ist als zentrale Auskunftsstelle und Telefonzentrale rund um die Uhr an allen Tagen besetzt. Die Besetzung wird durch den Dienstplan geregelt, wobei die Früh- schicht grundsätzlich mit 2 Personen besetzt ist, um einen reibungslosen Arbeitsablauf zu gewährleisten. Alle Mitarbeiter am Empfang haben Berufserfahrung im Kunden- oder Patientenkontakt. Über das KIS hat der Empfang Zugriff auf alle relevanten Patientendaten um Gespräche und auch Besucher zeitnah weiterzuleiten.

Regelungen zum Datenschutz

Der Datenschutz wird gemäß den gesetzlichen Vorgaben umfassend beachtet. Der Zugriff auf die Patientendaten ist durch ein detailliertes Rollenkonzept geregelt. Auf Mitarbeiterdaten können vom Rollenkonzept her nur die zugelassenen Personen zugreifen, und das in unterschiedlicher Tiefe. Visiten finden entweder im Arztzimmer oder im Patientenzimmer statt. In der Regel sind im Arztzimmer nur Mitglieder des Teams zugegen, die sämtlich der Schweigepflicht unterliegen. Angehörige oder andere nahestehende Personen dürfen nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten teilnehmen.

5 Führung

Vision, Philosophie und Leitbild

Ausgehend von einem respektvollen Umgang mit psychisch Kranken orientiert sich unsere Philosophie am Ziel der bestmöglichen Reintegration psychisch Kranker in die Gesellschaft. Dabei begreift sich die Klinik als lernende Organisation. Sie geht aktiv mit Veränderungen ihrer Umwelt um und versucht, künftige zu antizipieren. Als großer Arbeitgeber in der Region übernimmt sie Verantwortung. Sie ist ein Wirtschaftsfaktor und zugleich ein Modell für den Umgang mit Mitarbeitern. Die humanistischen Werte,

denen sich die Qualitätspolitik dieser Klinik verpflichtet fühlt, sind im Leitbild festgeschrieben. Die Klinik ist mit ihrem hochqualifizierten Angebot ein überregionaler Anbieter.

Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Ziel ist es, auf der Basis eines liberal-kooperativen Führungsstils vertrauensvoll miteinander zu arbeiten. Dabei spielen Transparenz, Respekt, Wertschätzung und Anerkennung als Belohnung für erbrachte Leistungen eine wichtige Rolle. Alle Führungskräfte werden zu sensiblen Themen wie Mobbing, sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz und zu wichtigen Aspekten sozialer Kompetenz wie Gesprächsführung, MA-Führung, und Kritikfähigkeit geschult. Partizipation der Mitarbeiter bei Planungen und gemeinsame Freizeitaktivitäten fördern den respektvollen Umgang miteinander.

Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Es ist Teil der Tradition dieser Klinik, ethischen Fragen Raum zu geben und Interkulturalität zu fördern. Für wiederkehrende ethische Probleme ist das Stationsteam unter oberärztlicher und pflegerischer Leitung zuständig. Für besondere ethische Probleme und für die Reflexion der im Alltag häufiger auftretenden ethischen Fragen wurde eine Ethikkommission eingerichtet.

Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der strategischen Ziele

Ein Zielkonzept mit längerfristiger Perspektive wurde entwickelt. Im Rahmen der 1mal jährlich stattfindenden Klausurtagungen der ersten und zweiten Führungsebene mit Controlling und Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) werden Jahresziele geplant und evaluiert. Ausgangsbasis für die Zielplanung in der LWL Klinik Hemer Hans-Prinzhorn-Klinik ist die jährliche Zielvereinbarung des LWL-Dezernats Krankenhäuser- und Gesundheitswesen mit der Betriebsleitung.

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die Klinik sucht Kooperationspartner, die ihr Leistungsspektrum sinnvoll ergänzen. Das wesentliche Kriterium für den Aufbau eines Kooperationsnetzwerkes ist die Optimierung des Behandlungsangebotes zum Nutzen der Patienten. Darüber hinaus sollen die Kooperationen einen kontinuierlichen Patientenzufluss unterstützen und der Klinik zusätzliche Erträge zu erschließen.

Festlegung einer Organisationsstruktur

Verantwortlich für die Festlegung der Organisationsstruktur ist die BL. Der Träger ist bei der Definition der Abteilungen im satzungsrechtlichen Sinne eingebunden. Die Organisationsstruktur ist in einem Organigramm abgebildet. Ein Organigramm mit namentlicher Benennung der aktuellen Funktionsträger liegt vor und ist im Internet und im Intranet abrufbar. Unsere Organisationsstruktur hat sich im Alltag als effektiv und effizient erwiesen.

Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die von der Landschaftsversammlung beschlossene KH-Betriebssatzung vom 13.11.2003 regelt die Aufgaben der Mitglieder der BL und die Zusammenarbeit innerhalb der BL. Darüber hinaus unterstützt die Geschäftsordnung der BL eine effektive Arbeitsweise innerhalb dieses Gremiums. Projekt- und Prozessmanagement sind Bestandteil der Führungskräftequalifizierung des LWL.

Innovation und Wissensmanagement

Die Planung von Innovationen beruht auf der Analyse wissenschaftlicher Entwicklungen in der Psychiatrie sowie auf der kontinuierlichen Marktbeobachtung. Neuere Entwicklungen in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Wirtschaft und Verwaltung geben ebenfalls Anstöße für Veränderungen. Veränderungen werden auf vielen Ebenen angestoßen, zum Teil von außen, zum Teil durch Mitarbeiter über die Einführung neuer Arbeits- und Therapieansätze sowie durch die Leitung. Changemanagementprozesse werden durch Veränderungen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen kontinuierlich in Gang gesetzt. Generell gibt es dafür eine große Offenheit.

Externe Kommunikation

Die Klinik hat ein Konzept für Öffentlichkeitsarbeit entwickelt mit dem Ziel, angemessen über aktuelle Entwicklungen zu informieren und das Leistungsangebot der Klinik darzustellen. Die Klinik hat ihre Homepage ausgebaut. Sie informiert die verschiedenen Zielgruppen – Kooperationspartner, Patienten, Angehörige und allgemein Interessierte - über die Klinik, ihre Abteilungen und ihre Behandlungsangebote umfassend.

Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Die Klinik hat das Ziel, durch ein umfassendes Risikomanagementsystem (RM), mit Risiken aller Art vorausschauend umzugehen, so daß Schaden soweit als möglich verhindert wird. Das Konzept berücksichtigt unspezifische, in allen Organisationen präsente Risiken und die spezifischen Risiken psychiatrischer Kliniken. Es umfaßt zusätzlich zu Risiken von Patienten gesundheitliche Risiken der Mitarbeiter und wirtschaftliche Aspekte.

6 Qualitätsmanagement

Organisation des Qualitätsmanagements

Zur Organisation des Qualitätsmanagements (QM) hat die Betriebsleitung eine Stabsstelle geschaffen. Die Stelle ist der BL zugeordnet mit besonderer Anbindung an den Ärztlichen Direktor. Die BL insgesamt trägt die Verantwortung für Qualität und Zukunftsorientierung der Klinik Für die konkrete Planung hat sie die Qualitätslenkungsgruppe (QLG) eingesetzt.

Die Qualitätspolitik ist im Leitbild umfassend definiert.

Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die BL definiert die wesentlichen Prozesse und trägt Sorge für ihre Vernetzung. Alle direkt zur Behandlung gehörenden Prozesse sind Kernprozesse, alle ihr indirekt dienen-

den sind unterstützende Prozesse. Basis für Vernetzung ist eine adäquate Kommunikationsstruktur. Die Darlegung der Prozesse befindet sich in einer Prozesslandkarte.

Patientenbefragung

Die Klinik hat bereits 1997 einen Patientenfragebogen entwickelt und ihn auf Reliabilität und Validität überprüft. Er wird seitdem auf den Stationen eingesetzt und jedem Patienten bei Abreise von einem Mitglied des Pflegeteams mit der Bitte um kritische Rückmeldung und der Zusicherung der Anonymität übergeben. Das Konzept sieht eine vierteljährliche stationsbezogene Auswertung vor, deren Ergebnisse mit den Teams diskutiert werden.

Befragung der Kooperationspartner/externer Einrichtungen

Unser Konzept zur Kooperation mit Kunden und Partnern (einweisende Ärzte und Kliniken, sowie Heime) sieht vor, dass zusätzlich zum direkten persönlichen Austausch regelmäßig Befragungen durchgeführt werden. Bei Partnern im Sozialpsychiatrischen Verbund prüfen wir die Qualität der Kooperation in direkten Gesprächen anlässlich der strukturierten regelmäßigen Konferenzen.

Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen sind für diese Klinik traditionell ein wichtiges Instrument, um für Gesundheit und Motivation relevante Arbeitsbelastungen zu ermitteln und Hinweise auf Führungsprobleme zu erhalten. Dabei stützen wir uns auf eine Forschungsrichtung, die zur Ermittlung von Arbeitsbelastungen ein Instrument entwickelt hat, das sich international zur Vorhersage somatischer und psychischer Erkrankungen bewährt hat.

Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Es gibt ein Konzept zum Beschwerdemanagement (BM) für Patienten und Angehörige bzw. Betreuer. Dazu gehört ein stationsbezogenes, formalisiertes BM mit schriftlichem Fragebogen und Angaben zur Bearbeitung der Beschwerde. Für das BM, das inhaltlich in das Konzept Patientenzufriedenheit integriert ist, wurde eine Verfahrensanweisung entwickelt.

Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Das Konzept zu Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten sieht vor, zunächst die ohnehin vorhandenen Routinedaten zu nutzen und zusätzlich Daten zu erheben, die als Indikatoren der Qualität von Therapie und Pflege und/oder als Indikatoren der Patientensicherheit von Bedeutung sind.

Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die gesetzlichen Verpflichtungen zur vergleichenden externen QS nach §137 SGB V (Modul Dekubitus) werden umgesetzt.