

**Klinik Selhofen**  
**Emmentalstrasse 8**  
**Postfach 1300**  
**3401 Burgdorf**



**Psychiatrie**

# Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

# Impressum

## 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/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



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

## Beteiligte Kantone / Gremien



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/h\\_verband/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

## Partner



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

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

## 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**.

## Bezeichnungen

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

# Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung.....	4
B	Qualitätsstrategie .....	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele .....	5
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012.....	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012 .....	6
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement.....	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot .....	7
C1	Angebotsübersicht .....	7
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2012 .....	7
D	Zufriedenheitsmessungen .....	8
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit .....	8
D2	Angehörigenzufriedenheit.....	10
D3	Mitarbeiterzufriedenheit .....	10
D4	Zuweiserzufriedenheit.....	11
E	ANQ-Indikatoren.....	12
E2	ANQ-Indikatoren Psychiatrie.....	12
E2-1	Symptombelastung mittels HoNOS Adults .....	14
E2-2	Symptombelastung mittels BSCL.....	15
E2-3	Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM .....	16
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012.....	17
F6	Weiteres Messthema .....	17
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte .....	18
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards .....	18
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte.....	18
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte .....	19
I	Schlusswort und Ausblick.....	20
J	Anhänge .....	21
J1	Anhang I: Leistungscontrolling / Kennzahlen 2012 (Basis: 20 Betten).....	21
J2	Anhang II: Resultate PatientInnenzufriedenheitsbefragung ISGF 2012.....	22
J3	Anhang III: Auswertung Katamneseergebnisse 2012 .....	24

# A Einleitung

## **Die Klinik Selhofen**

Die Klinik Selhofen ist eine Suchtfachklinik für Männer und Frauen und bietet Platz für 20 Personen.

Die 1995 eröffnete Institution ist eine Einrichtung der Stiftung Klinik Selhofen und ist auf der Spitalliste des Kantons Bern. Der Sitz der Klinik befindet sich in Burgdorf.

## **Angebot**

Die Klinik Selhofen fördert die Gesundheit und die gesellschaftliche Integration von suchtmittelabhängigen Personen. Sie bietet Suchtbehandlungen für Menschen mit Abhängigkeit von einer oder mehreren psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Opiate, Kokain, Medikamente, Methadon, Cannabis, Amphetamine, Halluzinogene, Tabak). Das integrative Behandlungskonzept richtet sich auch an Abhängige mit zusätzlicher psychischer Problematik.

Behandlungsschwerpunkte:

- Körperliche Entgiftung
- Stabilisierung
- Integration
- Doppeldiagnosebehandlung

In einem umfassenden qualifizierten Angebot erhalten die PatientInnen medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungen. Ein reiches Gesprächsangebot (Einzel-, Gruppen-, Standort-, Netzgespräche) wird durch Milieuthapie, Aktivierung und Entspannung ergänzt.

Vor und nach stationären Aufenthalten bietet die Klinik Selhofen ambulante Behandlungen in Bern, Burgdorf und Biel an.

## **Haltung**

Die Suchtbehandlung in der Klinik Selhofen ist von einer kooperativen, flexiblen, positiv verstärkenden und ressourcenorientierten Haltung geprägt. Die Behandlung basiert auf systemischen, lösungsorientierten, verhaltens- und milieutherapeutischen Ansätzen.

Weitere Information finden Sie auf unserer Website [www.selhofen.ch](http://www.selhofen.ch).

## **Anhänge zum Qualitätsbericht 2012**

- Leistungscontrolling / Kennzahlen 2012 (Anhang I)
- Resultate PatientInnenzufriedenheitsbefragung ISGF 2012 (Anhang II)
- Auswertung Katamnesebefragung 2012 (Anhang III)

Link zur Website der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF):  
[www.gef.be.ch/gef/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html](http://www.gef.be.ch/gef/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html)

# B Qualitätsstrategie

## B1 Qualitätsstrategie und -ziele

### Grundverständnis

Die Klinik Selhofen ist ein lernender Betrieb, der durch Professionalität und Flexibilität massgeschneiderte Behandlungsformen anbietet. Das Angebot orientiert sich an den Kundenbedürfnissen und berücksichtigt anerkannte Qualitätskriterien. Innovation, kontinuierliche Weiterentwicklung und qualitative Verbesserung der Leistungen basieren auf regelmässiger Evaluation der Kundenzufriedenheit sowie frühzeitiger Wahrnehmung der Veränderungen am Markt. Alle Mitarbeitenden verfügen über entsprechende Fachqualifikationen und verpflichten sich zu regelmässiger Weiterbildung. Sie handeln professionell und vermitteln nach innen und aussen eine hohe Dienstleistungsbereitschaft.

### Qualitätsstrategie

Das Qualitätsmanagement stellt die stetige Qualitätsentwicklung und -überprüfung sicher. Die Qualität orientiert sich an überprüfbaren Qualitätsstandards. Die Zufriedenheit von internen und externen Kunden ist dabei zentral. Das Qualitätsmanagement geschieht systematisch und umfasst die permanente Optimierung aller Prozesse. Zum Qualitätsmanagement gehören die klar definierten Q-Funktionen, das Verbesserungsmanagement, die internen Systemaudits, die Dokumentation der Prozesse sowie die Koordination der Projektgruppen im Sinne eines kontrollierten Changemanagements.

Die Massnahmen sowie die Ergebnisse der Qualitätsförderung werden in den Qualitätsberichten (Qualitätsbericht H+, Auditberichte) dokumentiert.

Die Klinik Selhofen ist seit 2002 nach der Qualitätsnorm QuaTheDA zertifiziert, der suchtspezifischen Qualitätsnorm für den Suchthilfebereich in der Schweiz.

### Vision 2015

In der Spitallandschaft des Kantons Bern sind wir als eigenständige Suchtfachklinik fest verankert und engagieren uns aktiv beim Auf- und Ausbau von Kooperationen und strategischen Partnerschaften im Sinne der Suchthilfestrategie des Kantons Bern.

Suchtmedizinische Ambulatorien an den Standorten Burgdorf, Bern, Biel und Thun fördern die Kontinuität und die Nachhaltigkeit der stationären Aufenthalte durch professionelle Vor- und Nachbehandlungen.

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

## B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

Für das Berichtsjahr 2012 können zusammengefasst folgende Themenschwerpunkte festgehalten werden, welche die Klinik Selhofen beschäftigten:

### Behandlungsangebote:

- Auf- und Ausbau der **suchtmedizinischen Ambulatorien** in Burgdorf, Bern und Biel,
- Abschluss des **Pilotprojekts D+** zur Behandlung von PatientInnen mit Doppeldiagnose, interne und externe Evaluation, Überführung in reguläres Behandlungsangebot der Klinik Selhofen ab 2013
- Überarbeitung des **Konzepts Milieuthapie** und Vorbereitung der Einführung des überarbeiteten Konzepts per Frühling 2013, insbesondere Systematisierung der Pflegeplanung und Einführung des Bezugspersonensystem im Pflegedienst

### neue Zugehörigkeit zum Spitalamt

- Wechsel vom Sozialamt zum Spitalamt per 1.1.2012, damit verbunden der Aufbau einer Spitalapotheke und deren erfolgreiche Inspektion durch das Kantonsapothekeramt

### B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

#### Behandlungsangebot

- **Suchtmedizinische Ambulatorien:** bis Ende 2012 konnte das ambulante Behandlungsangebot ausgeweitet werden, es stehen bis Ende des Berichtsjahrs an den drei Standorten Bern, Burgdorf und Biel suchtmedizinische Ambulatorien zur Verfügung. Eine Auswertung der Patientenzufriedenheit mit den ambulanten Behandlungen durch das ISGF wird im März 2013 durchgeführt.
- Behandlungsangebot **Doppeldiagnosebehandlung:** Per Ende 2012 ist das dreijährige Pilotprojekt abgeschlossen. Der externe Evaluationsbericht des ISGF wird im Mai 2013 erwartet. Erste klinikinterne Datenauswertungen des dritten Pilotjahres weisen auf eine Bestätigung der guten Ergebnisse der Vorjahre hin. Der Evaluationsbericht steht ab 1. Juni im Downloadbereich auf [www.selhofen.ch](http://www.selhofen.ch) zur Verfügung.

#### Zugehörigkeit zum Spitalamt:

- Aufbau und Implementierung der Spitalapotheke konnte mit der erfolgreichen Inspektion durch das Kantonsapothekeramt Ende 2012 abgeschlossen werden.

### B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

In den kommenden Jahren werden die Klinik Selhofen folgende Schwerpunkte in der Qualitätsentwicklung beschäftigen:

#### Behandlungsangebot:

- Weiterentwicklung und Überprüfung der Behandlungsangebote sowohl im ambulanten Bereich (suchtmedizinische Behandlungen in den Ambulatorien) sowie im stationären Bereich (Beschäftigungsangebote, Therapieplanung etc.).
- Einführung und Evaluation des neuen Milieutherapiekonzepts mit systematisierter Pflegeplanung und Bezugspersonensystem

#### Betrieb (Organisation, Infrastruktur):

- Überarbeitung des Personalmanagementkonzepts und Überprüfung/ Anpassung der Reglemente und Richtlinien, (wie Personal- und Weiterbildungsreglement)
- Überarbeitung / Anpassung des bestehenden Organigramms, Implementierung
- Renovation, Neugestaltung Vorplatz

#### Controlling / Qualitätsmanagement i.e.S.:

- Teilnahme an ANQ-Messungen Psychiatrie, Optimierung der Datenqualität, Benchmarking
- Erstmalige REKOLE-Zertifizierung 2013
- Rezertifizierung QuaTheDA 2014 gemäss dem revidierten System 2012.

### B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der erweiterten Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	50% Stellenprozent zur Verfügung.

### B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Regine Gysin	034 420 41 41	<a href="mailto:rg@selhofen.ch">rg@selhofen.ch</a>	Stv. Geschäftsführerin
Nicole Aebischer*	034 420 41 41	<a href="mailto:na@selhofen.ch">na@selhofen.ch</a>	Qualitäts- / Sicherheitsbeauftragte
Martina Kupferschmid	034 420 41 41	<a href="mailto:mk@selhofen.ch">mk@selhofen.ch</a>	Stv. Qualitätsbeauftragte

## C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter: [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Klinik Selhofen → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe	
<input type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:

### C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete
Psychiatrie und Psychotherapie

### C3 Kennzahlen Psychiatrie 2012

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen	
Ambulant	137	---	---	---

Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Geleistete Pfl egetage
Stationär	20	227	32	7283
Fürsorgerische Unterbringung bei Eintritt (unfreiwilliger Eintritt)	---	3	31	94

Hauptaustrittsdiagnose			
ICD-Nr.	Diagnose	Anzahl Patienten	In Prozent
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen		
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	227	100
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaft e Störungen		
F3	Affektive Störungen		
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung		
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen		
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		
F7	Intelligenzminderung		
F8	Entwicklungsstörungen		
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend		
	<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>

# D Zufriedenheitsmessungen

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

## D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>	4.53	Durchschnittswert Zufriedenheit Angebot insgesamt auf einer Skala von 1 bis 5, wobei 5 den höchsten und 1 den tiefsten Zufriedenheitsgrad repräsentiert. Referenzinstitution: 4.22
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
Fallmanagement/Psychotherapie	4.35	Referenzinstitutionen: 4.19
medizinisch-psychiatrische Versorgung	4.24	Referenzinstitutionen: 4.05
Rahmenbedingungen	4.68	Referenzinstitutionen: 4.19
fachliche und soziale Kompetenz Team	4.65	Referenzinstitutionen: 4.23
Für detaillierte Ergebnisse der PatientInnenzufriedenheitsbefragung: siehe Anhang II.		
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
	Begründung	
x	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung					
<input type="checkbox"/>	Mecon	x Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments	QuaTheSI-I-40, Stichtagserhebung alle zwei Jahre für den stationären Bereich	Name des Messinstituts	Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich
<input type="checkbox"/>	PEQ				
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/>	POC(-18)				
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark				
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument	Bemerkung: zusätzlich führt die Klinik ganzjährig bei allen stationär			

	behandelten Patientinnen die Patientenzufriedenheitsbefragung analog dem QuaTheSI-I-40 durch
Beschreibung des Instruments	diese Ergebnisse der internen Befragung werden jährlich ausgewertet und intern publiziert.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Stichtagserhebung des ISGF, alle 2 Jahre, alle am Stichtag stationär behandelten PatientInnen		
	Ausschlusskriterien	keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		17		
Rücklauf in Prozent		78%	Erinnerungsschreiben?	x Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb hat <b>kein</b> Beschwerdemanagement / <b>keine</b> Ombudsstelle.
x	<b>Ja</b> , unser Betrieb hat <b>ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle</b> .
	Bezeichnung der Stelle
	Infodrog
	Name der Ansprechperson
	-
	Funktion
	Schweizerische Koordinationsstelle der stationären Therapieangebote im Drogenbereich
	Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)
	Eigerplatz 5 PF 460 3000 Bern 14 Tel.: 031 376 04 01
	Bemerkungen
	Schriftliche Information zum Beschwerdeverfahren mit Kontaktdaten der Ombudsstelle wird den Patienten bei Eintritt abgegeben.
	Nebst der offiziell bezeichneten Ombudsstelle besteht für Patienten wie für die Mitarbeitenden klinikintern die Möglichkeit, Beschwerden und Verbesserungsvorschläge über das interne Verbesserungsmanagement an den/die Qualitätsbeauftragte/n zu richten.
	Im 2012 gingen insgesamt 3 schriftliche Meldungen von Patienten ein, davon konnten 2 Verbesserungsvorschläge umgesetzt werden.

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Neugestaltung Vorplatz, inkl. Raucherplatz	Aufwertung des Vorplatzes	Patienten Infrastruktur	2012 – 2015 (mit Fassadenrenovation)

## D2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
x	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Angehörigenzufriedenheit <b>nicht</b> .
	Begründung <span style="float: right;">wenig direkte Angehörigenarbeit</span>

## D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Mitarbeiterzufriedenheit <b>nicht</b> .
	Begründung
x	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Mitarbeiterzufriedenheit.
x	Im <b>Berichtsjahr 2012</b> wurde eine Messung durchgeführt.
<input type="checkbox"/>	Im <b>Berichtsjahr 2012</b> wurde allerdings keine Messung durchgeführt.
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: <span style="float: right;">2012</span> Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: <span style="float: right;">2014</span>

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	<b>Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
<b>Gesamter Betrieb</b>	1.54	Die Zufriedenheit der Mitarbeiter kann grundsätzlich als sehr hoch angesehen werden. Der Mittelwert bezieht sich auf eine vier-stufige Skala wobei 1 für sehr zufrieden und 4 für stark unzufrieden steht.
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
x	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
	Begründung	Die Mitarbeitenden wurden über die Ergebnisse der Befragung mündlich und schriftlich informiert. Aus den Ergebnissen wurden entsprechende Massnahmen abgeleitet (siehe unter Verbesserungsaktivitäten).
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung		
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument	
	Name des Instruments	Name des Messinstituts
x	Eigenes, internes Instrument	
	Beschreibung des Instruments	Schriftlicher Fragebogen mit 20 Items zur Arbeitszufriedenheit, in welchen jeweils die Wichtigkeit und die Zufriedenheit auf einer vierstufigen Skala abgefragt wurden

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden	Einschlusskriterien	an Personalretraite anwesende MA ( 67% aller Mitarbeitenden)

Mitarbeiter	Ausschlusskriterien	-			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		23			
Rücklauf in Prozent		100%	Erinnerungsschreiben?	x Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Mitarbeiter-Information	Erhöhung der Zufriedenheit der MA mit der Informationspolitik	alle	6/2012 -4/2013

## D4 Zuweiserzufriedenheit

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	x	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: Bereich Beratung Therapie Bereich ärztlicher Dienst

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	82%	Anteil der Befragten, die insgesamt eher bis sehr zufrieden sind.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Beratung Therapie	89%	Anteil der Befragten, die insgesamt eher bis sehr zufrieden sind.
ärztlicher Dienst	79%	Anteil der Befragten, die insgesamt eher bis sehr zufrieden sind.
<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
x	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
	Begründung	Die Ergebnisse wurden intern in den Bereichen besprochen und mit den Zuweisenden wo angebracht Kontakt aufgenommen.
<input type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitalern <b>verglichen</b> (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Externes Messinstrument			
	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
x Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments	Fragebogen mit 7 Items, die auf einer vierstufigen Skala geratet bzgl. der Zufriedenheit werden können. Items decken die Zusammenarbeit, die Information,		

den Einbezug in die Behandlung usw. ab.

### Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Während 4 Monaten im Jahr werden alle Ärzte, Psychiater und Sozialdienste der austretenden PatientInnen befragt.		
	Ausschlusskriterien	keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		60		
Rücklauf in Prozent		53%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

### Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
persönliche Nachfassung	persönliche telefonische Kontaktaufnahme durch Fallmanagement mit Zuweisenden, welche geringe Zufriedenheit angaben > Klärung der Anliegen an Zusammenarbeit	Beratung/Therapie	während Befragungsperiode 2012
Bekanntheit der Angebot der Klinik	bei nächster Befragung im 2013: Zuweisende, die geringe bekanntheit der Angebote angeben, werde angeschrieben mit Flyer und auf Infoveranstaltungen aufmerksam gemacht.	alle	während Befragungsperiode 2013

## E ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

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

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

### E2 ANQ-Indikatoren Psychiatrie

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Die ANQ-Messvorgaben gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Gerontopsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsmessungen empfohlen.

### Messbeteiligung

Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Messung der Symptombelastung mittels HoNOS Adults	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der Symptombelastung mittels BSCL	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels EFM	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bemerkung</b>			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Evaluation Research Institute der Universitären Psychiatrischen Klinik (UPK) Basel

Erläuterung zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: [www.anq.ch/psychiatrie](http://www.anq.ch/psychiatrie)

## E2-1 Symptombelastung mittels HoNOS Adults

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung (im ANQ als Delta zwischen Ein- und Austritt). Mit dem HoNOS wird das Gesamtbild der Situation eines Patienten mittels 12 Items erhoben. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden.

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

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

### Messergebnisse

Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: [www.anq.ch/psychiatrie](http://www.anq.ch/psychiatrie)

### Bemerkung

### Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie		
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Anzahl der untersuchten Patienten vom 01.07.2012 bis 31.12.2012	118	In Prozent	100%	
Bemerkung	Anzahl entspricht Anzahl Patienten, die in der Periode vom 1.7. bis 31.12.2012 behandelt wurden (unabhängig vom Ein- und Austrittsdatum).			

### Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Optimierung Datenerhebung	Datenerhebung möglichst benutzerfreundlich gestalten, Rücklaufquote erhöhen	Beratung / Therapie	5/2012 bis 6/2013

## E2-2 Symptombelastung mittels BSCL

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung (im ANQ als Delta zwischen Ein- und Austritt). Mit dem BSCL wird das Gesamtbild der Situation eines Patienten mittels 53 Items erhoben. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten.

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

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

### Messergebnisse

Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zum gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: [www.anq.ch/psychiatrie](http://www.anq.ch/psychiatrie)

### Bemerkung

### Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Anzahl der untersuchten Patienten vom 01.01.2012 bis 31.12.2012	118	In Prozent	100%
Bemerkung	Alle PatientInnen, die in der Periode vom 1.7.2012 bis 31.12.2012 behandelt wurden (unabhängig vom Ein- und Austrittsdatum).		

### Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Optimierung Datenerhebung	Datenerhebung möglichst benutzerfreundlich gestalten, Rücklaufquote erhöhen		5/2012 bis 6/2013

## E2-3 Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM

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

Freiheitsbeschränkende Massnahmen sollen in der Psychiatrie selten und nur in gut begründeten Ausnahmefällen eingesetzt werden, nämlich dann, wenn durch die psychische Krankheit vom Patienten eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen sind dabei **zwingend** zu berücksichtigen, insbesondere das neue Kinds- und Erwachsenenschutzgesetz sowie die diesbezüglichen kantonalen Einführungs- und Ausführungsbestimmungen. Überdies liegen der Erfassung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen die ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) sowie die klinikinternen Richtlinien und Bestimmungen zugrunde.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: <a href="http://www.anq.ch/psychiatrie">www.anq.ch/psychiatrie</a>			
Bemerkung			
Es wurden im Untersuchungszeitraum keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen durchgeführt.			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Anzahl der untersuchten Patienten Vom 01.07.2012 bis 31.12.2012	0	In Prozent	-
Bemerkung	Es wurden im Untersuchungszeitraum keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen durchgeführt.		

# F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

## F6 Weiteres Messthema

<b>Messthema</b>	Katamnese
<b>Was wird gemessen?</b>	Konsum, Behandlung, Zufriedenheit mit Lebensqualität, Zielerreichung und Behandlungseffekte 3 Monate nach Austritt

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
Katamnesebefragung	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Für die Auswertung der Katamnesebefragung 2012: siehe Anhang III.	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.
	Begründung
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instruments:	Katamnesebefragung
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	PatientInnen 3 Monate nach Austritt	
	Ausschlusskriterien	PatientInnen mit Aufenthalt < 7 Tage	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	66	Anteil in Prozent	37%
Bemerkung	Zustellung des Fragebogens drei Monate nach Austritt, nach 3 Wochen telefonische Nachfassung		

# H Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) zu finden.

## H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
QuaTheDA - Basismodul - Stationäre Suchttherapie und -rehabilitation	ganze Klinik	2002	2011	nächste Rezertifizierung: 2014
Betrieb Spitalapotheke gemäss Vorgabe Kantonsapothekeramt	Pflegedienst, ärztlicher Dienst	erste Inspektion im 2012		

## H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
interne Audits	kontinuierliche Verbesserung	ganze Klinik	permanent
jährliche Aufrechterhaltungsaudits bzw. alle 3 Jahre Rezertifizeurng	kontinuierliche Verbesserung	ganze Klinik	permanent
REKOLE	Leistungserfassung so ausgestaltet, dass Kostenträgerrechnung möglich, Vorbereitung der Zertifizierung im Frühjahr 2013	ganze Klinik	2011 bis 5/2013
EKAS	Umsetzung und Einhaltung der Richtlinien betreffend Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	ganze Klinik	permanent
Marketing	div. laufende Projekte im Bereich Social Media, neue Werbekampagne (Produktion von Filmclips), neue Drucksachen etc.	Ressort Marketing	permanent
Betriebskonzept	Überarbeitung und Systematisierung Betriebskonzept, Anpassung / Abstimmung der Q-Dokumentation	ganze Klinik	7/2012 bis 4/2014

### H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

- Projekte bzw. Verbesserungsaktivitäten (Neugestaltung Vorplatz / Aufwertung Raucherplatz, MA-Information) sind noch nicht abgeschlossen.

## Schlusswort und Ausblick

Zusammenfassend können für das Berichtsjahr sowie ausblickend folgende Themenschwerpunkte festgehalten werden:

- Der Aufbau der ambulanten suchtmmedizinischen Behandlungen war ein Schwerpunkt des Berichtsjahres 2012. Mit der Etablierung und dem bedarfsgerechten Ausbau dieses Angebots wird sich die Klinik Selhofen auch in den nächsten Jahren beschäftigen. Dabei wird es vor allem auch darum gehen, den Bekanntheitsgrad des Angebots bei PatientInnen und Zuweisenden zu steigern und die Effizienz zu erhöhen, in dem geeignete Massnahmen zur Förderung der Verbindlichkeit der Klientel umgesetzt werden.
- Nach Abschluss der Pilotphase des Projekts Doppeldiagnosebehandlung gilt es, die Doppeldiagnosebehandlung, bekannt unter dem Namen „Programm D+“, in ein fixes Behandlungsangebot der Klinik Selhofen zu überführen und als solches zu kommunizieren.
- Im Behandlungs- und Therapiealltag wird die Einführung des überarbeiteten Milieukonzepts mit systematischer Pflegeplanung und Bezugspersonensystem für die Klientel wie für den Pflegedienst einen Mehrwert bringen.

Nebst diesen Schwerpunkten im Bereich der Behandlung und Angebote sind die Vorgaben und Anforderungen, welche von externen Stellen an die Klinik Selhofen herangetragen werden, zahlreich und komplex. Hier gilt es, die vorhandene Datengrundlage und die Qualität der Daten stetig zu überprüfen und an die internen und externen Bedürfnisse anzupassen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere zu nennen:

- Erfüllung der Anforderungen an das Rechnungswesen und die Leistungserfassung (Zertifizierung nach REKOLE)
- Teilnahme an den ANQ-Messungen Psychiatrie und als Testklinik bei TarPsy
- Tarifverhandlungen mit den Versicherern

# J Anhänge

## J1 Anhang I: Leistungscontrolling / Kennzahlen 2012 (Basis: 20 Betten)

Indikator	2012	Bemerkungen
<b>Aufenthaltsstage</b>	7283	max. mögliche Behandlungstage: 7300
Auslastung gesamt %	99.6%	
<b>Eintritte total</b>		
Wartezeit Ø Tage	7	ab Erfüllung der Auflage bis Eintritt
Alter bei Eintritt Ø	34.0	
Alter bis 22-jährig bei Eintritt %	12.0%	
Herkunft Kanton Bern %	94%	Herkunft Stadt Bern + Kt. Bern allgemein
Herkunft Stadt Bern %	17%	Prozent von Gesamteintritte
Herkunft ausserkantonale %	6%	
Eintritte freiwillig %	97%	
Eintritte Massnahme %	2%	
Eintritte FFE %	1%	
<b>Entzug abgeschlossen</b>	75%	körperliche Entgiftung bei Austritt abgeschlossen
<b>Austritte</b>		
Austritte regulär %	57%	
disz. Entlassungen %	28%	
Behandlungsabbrüche %	15%	inkl. Frühabbrüche
Frühabbrüche %	6%	weniger als 4 Aufenthaltstage
<b>Anschlussituation nach Austritt</b>		
Austritt mit stationärem Anschluss	17%	% aller Austritte (inkl. Entlassungen und Abbrüche), Code: 3
Austritt mit ambulantem Anschluss	35%	% aller Austritte (inkl. Entlassungen und Abbrüche), Code: 2
Austritt ohne prof. Anschluss	48%	% aller Austritte (inkl. Entlassungen und Abbrüche), Code: 1
<b>Aufenthaltsdauer</b>		
Ø Aufenthaltsdauer	32	Tage
Ø Aufenthaltsdauer gepl. Austritte	37	Tage
Behandlungstage Entzug	5828	1. - 40. Tag
Behandlungstage Entwöhnung	1455	ab 41. Tag
<b>Zielerreichung</b>		
Zielerreichung Patienten reg. Austritte	5.6	Skala 1-7, 1 = kein Ziel erreicht, 7 = alle Ziele vollständig erreicht
Zielerreichung Fallmanagement reg. Austritte	5.3	
Zielerreichung Fallmanagement alle Austritte	4.4	
<b>Zufriedenheit</b>		
Patientenbefragung Rücklauf	70%	Befragung der regulär Austretenden zufrieden bis sehr zufrieden
Patientenzufriedenheit	91%	
<b>Personal</b>		
Personalfuktuation	7%	innerhalb eines Jahres einmal jährlich
Mitarbeitergespräche	100%	

## J2 Anhang II: Resultate PatientInnenzufriedenheitsbefragung ISGF 2012

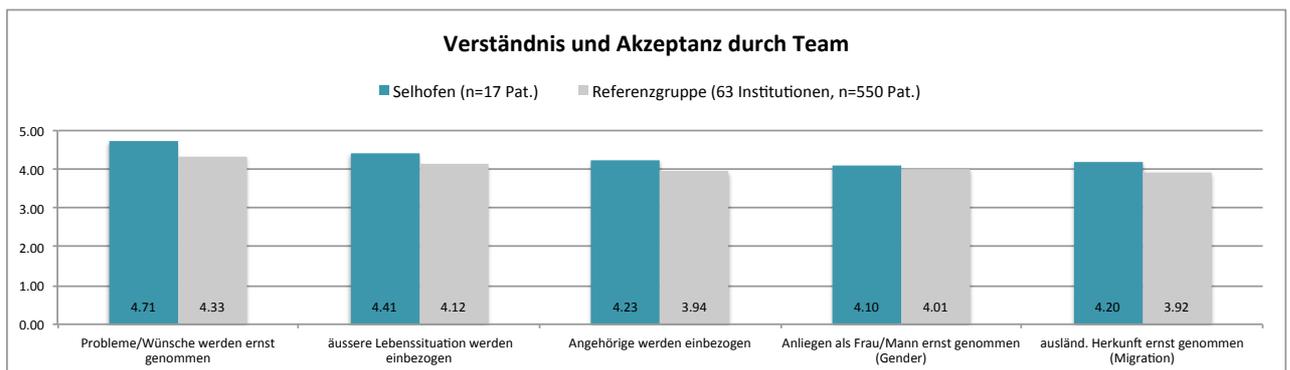
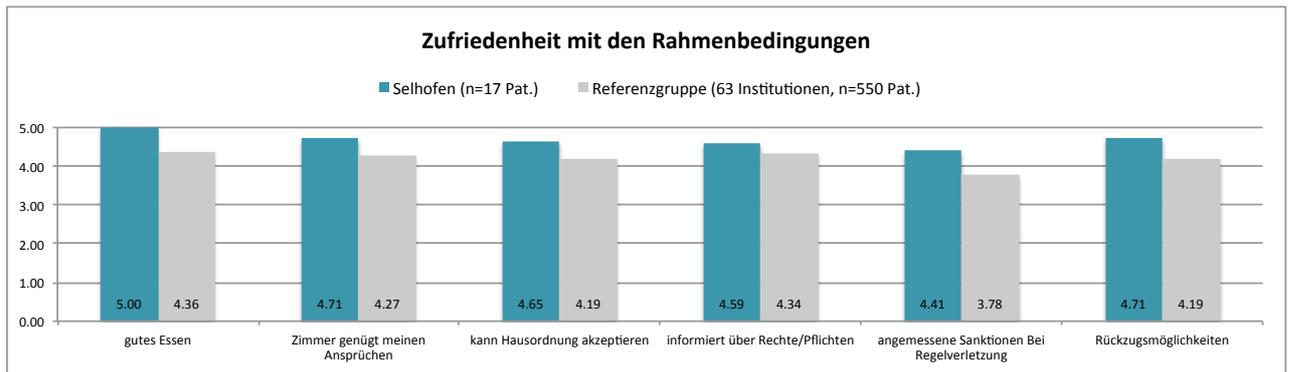
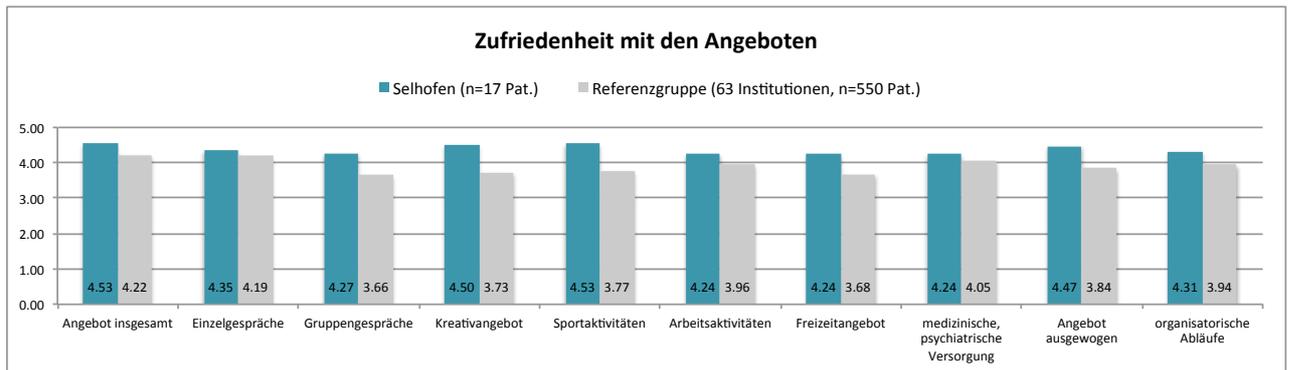
### Zusammenfassung Auswertung PatientenInnenzufriedenheit ISGF 2012

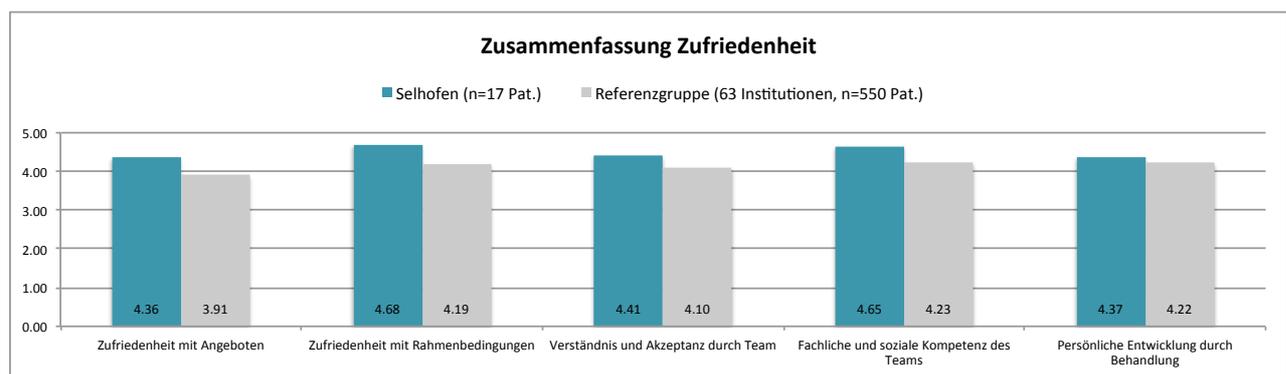
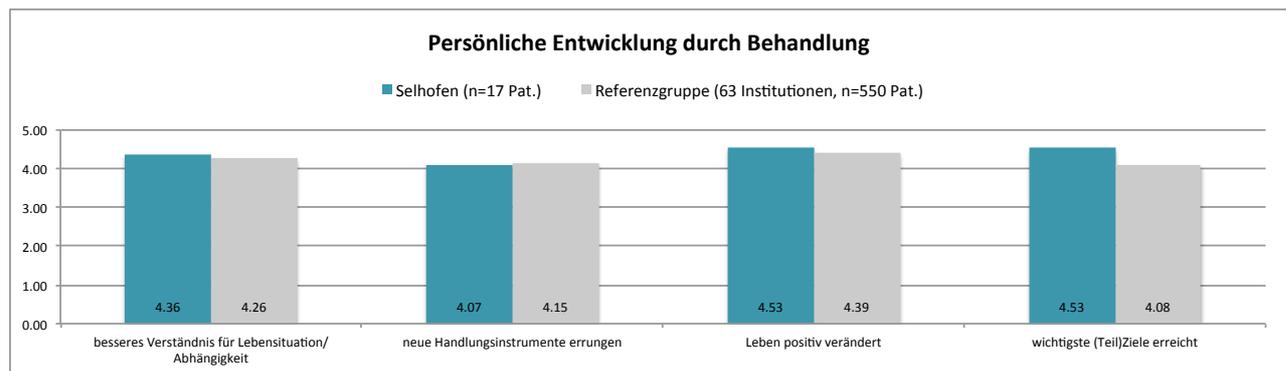
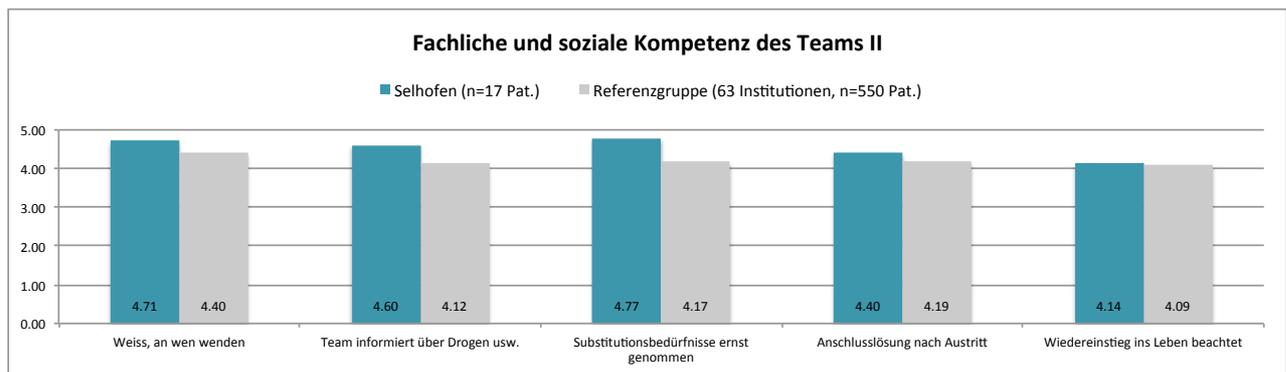
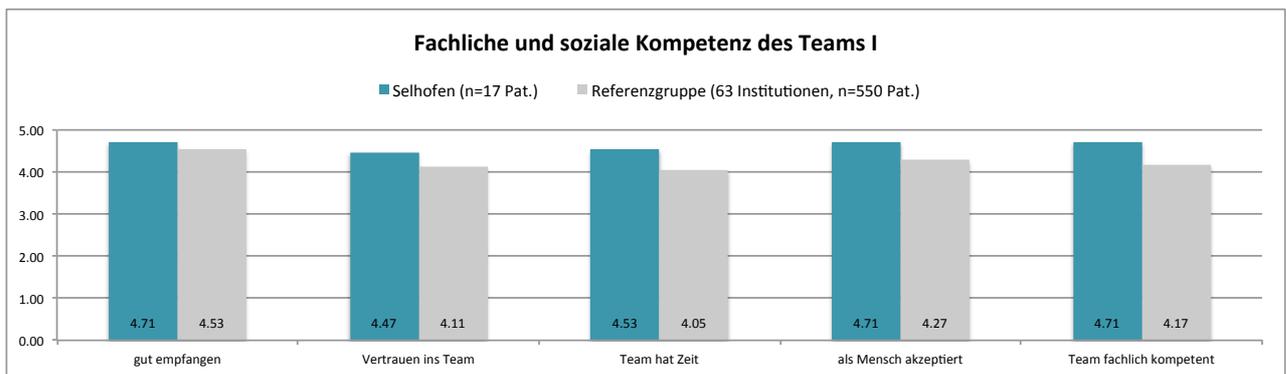
10. Stichtagserhebung zur Klientenzufriedenheit in stationärer Suchttherapie QuaTheSI-140

Erhebungszeitraum 5. bis 9. März 2012  
 Anzahl Institutionen und Stichprobengrösse gesamt 64 Institutionen, N=567 PatientInnen  
 Stichprobengrösse Klinik Selhofen n = 17 PatientInnen  
 Stichprobengrösse Referenzgruppe n = 550 PatientInnen

*Die Resultate der Klinik Selhofen sind sehr erfreulich. Bei allen Fragen bis auf eine Ausnahme liegt die Zufriedenheit der PatientInnen der Klinik Selhofen über der Zufriedenheit der Referenzgruppe von PatientInnen aus anderen Institutionen. Folgende Diagramme zeigen dies deutlich.*

#### Häufigkeitsverteilungen Klinik Selhofen und Referenzgruppe

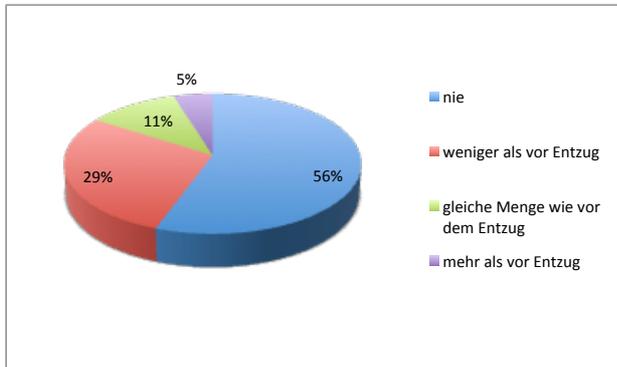




### J3 Anhang III: Auswertung Katamneseergebnisse 2012

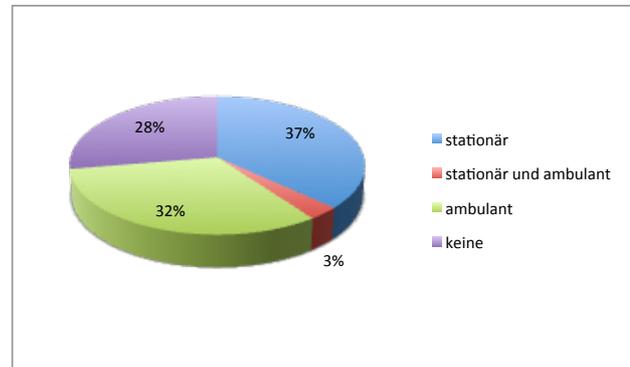
Die untenstehenden Ergebnisse beziehen sich auf die Katamnesebefragung im Jahr 2012. Vom 1.1. – 31.12.2012 wurden insgesamt 177 Katamnesefragebogen verschickt, wovon 66 zurück geschickt wurden. Dies entspricht einem **Rücklauf von 37%**. In 117 Fällen wurde durch die Patientenadministration eine telefonische Nachfrage getätigt, wobei dies in 19 Fällen zum Rücklauf führte (29% aller zurückgeschickten Fragebogen).

#### Veränderung des Konsumverhaltens\*



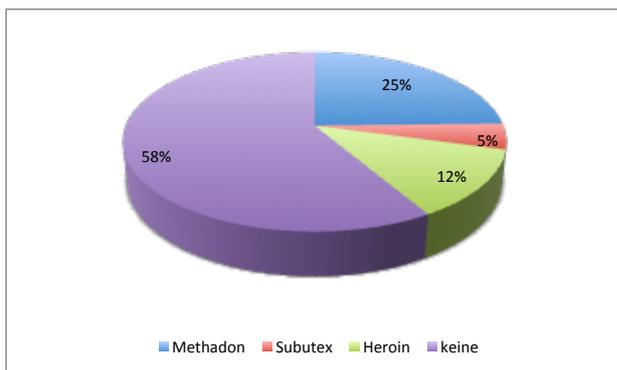
\* Konsum des während dem Klinikaufenthalt entzogenen Hauptsuchtmittels seit Austritt

#### Nachbehandlung

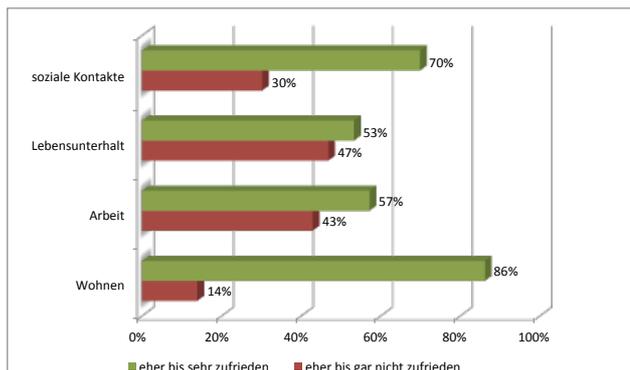


47% der Nachbehandlungen wurden während dem Aufenthalt in Selhofen organisiert. 89% PatientInnen geben an, mit der erhaltenen Nachbehandlung zufrieden zu sein.

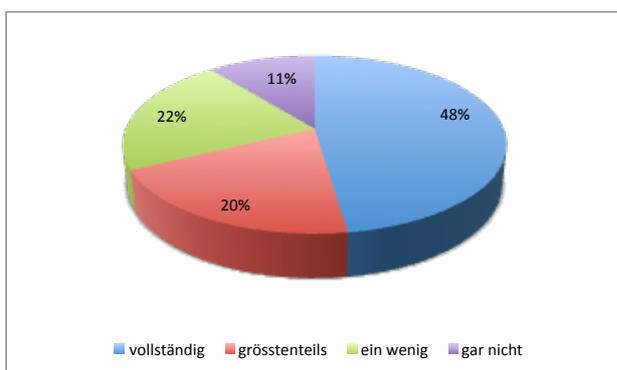
#### Teilnahme an Substitutionsprogramm



#### Zufriedenheit mit Lebensqualität



#### Zielerreichung bezüglich Sucht



#### Auswirkungen der Behandlung

