

# Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

18.05.17  
Heinz Rolli, Geschäftsführer

Version 1



## Impressum

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

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Frau  
Judith Briod  
Qualitätsbeauftragte  
041 420 41 41  
[judith.briod@selhofen.ch](mailto:judith.briod@selhofen.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

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

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	14
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	14
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>15</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>16</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>16</b>
5.1 Eigene Befragung .....	16
5.1.1 Patientenzufriedenheit .....	16
5.2 Beschwerdemanagement .....	19
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
7.1 Eigene Befragung .....	20
7.1.1 Mitarbeiterbefragung .....	20
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>21</b>
8.1 Eigene Befragung .....	21
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit .....	21
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>23</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>10 Operationen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>11 Infektionen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>12 Stürze</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>13 Wundliegen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>23</b>
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	23
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>24</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	24
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>17 Weitere Qualitätsmessungen</b>	

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>26</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	26
18.1.1	Angebotsentwicklung - neue Zielgruppen .....	26
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 .....	27
18.2.1	ICT Prozess .....	27
18.2.2	Formular Mitarbeitergespräch .....	27
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	28
18.3.1	Ambulante Prozesse .....	28
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>29</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>30</b>
	Psychiatrie .....	30
<b>Anhang 2</b> .....		<b>31</b>
<b>Herausgeber</b> .....		<b>33</b>

# 1 Einleitung

## Die Klinik Selhofen

Die Klinik Selhofen ist eine Suchtfachklinik für Männer und Frauen und bietet Platz für 24 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 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 sowie an Personen mit einer Medien-/Onlinesucht.

Behandlungsschwerpunkte sind:

- Körperliche Entgiftung
- Stabilisierung
- Integration
- Doppeldiagnosebehandlung
- Behandlung von Medien-/Onlinesucht

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

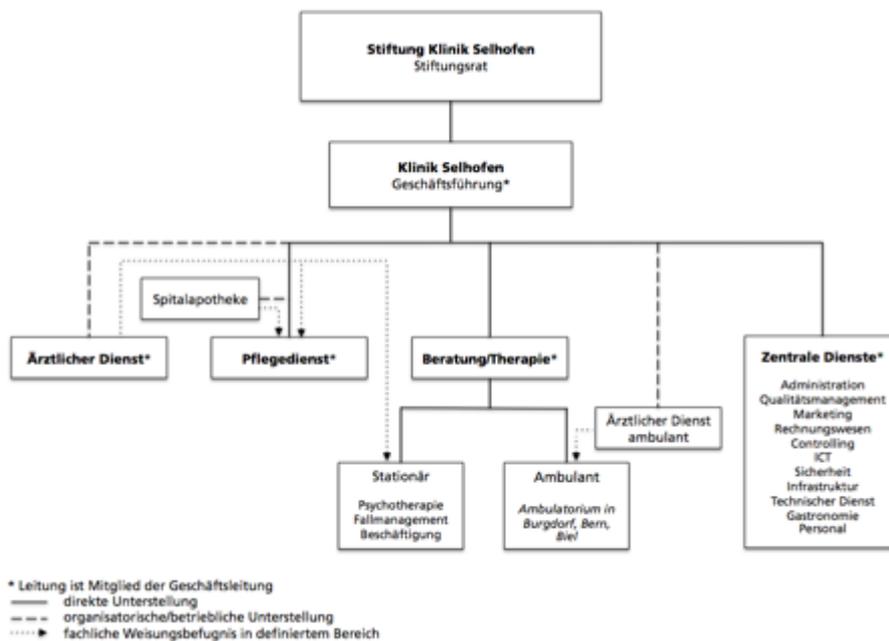
Die Suchtbehandlung in der Klinik Selhofen ist von einer kooperativen, flexiblen, positiv verstärkenden und ressourcenorientierten Haltung geprägt. Die Behandlung basiert auf systemischen, lösungsorientierten, verhaltens- und milieuthapeutischen Ansätzen.

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

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **30** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Judith Briod  
Qualitätsverantwortliche  
Klinik Selhofen  
034 420 41 41  
[judith.briod@selhofen.ch](mailto:judith.briod@selhofen.ch)

Frau Martina Kupferschmid  
Stv. Qualitätsverantwortliche  
Klinik Selhofen  
034 420 41 41  
[martina.kupferschmid@selhofen.ch](mailto:martina.kupferschmid@selhofen.ch)

## 3 Qualitätsstrategie

### Grundverständnis

Die Klinik Selhofen bietet durch Professionalität und Flexibilität massgeschneiderte Behandlungsformen an. 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.

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

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

#### Behandlungsangebot

- Entwicklung eines neuen Angebots für Online- und Mediensüchtige
- Entwicklung eines neuen Gruppentherapieangebots: Gruppenangebot als Therapiebausteine, die individuell zusammengestellt werden können.

#### Betrieb

- Prüfung des Organisationsreglements, Finanzreglements, Leitbilds und weiterer Grundlagendokumente durch den Stiftungsrat
- Liegenschaft Umbau: Neue Fenster, Umgestaltung Vorplatz und Entrée

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

### Behandlungsangebot

- Das Angebot für die neue Zielgruppe Online- und Mediensüchtige ist entwickelt und startete per 1.1.17 mit dem Programm Log-in ([www.log-in.ch](http://www.log-in.ch)).
- Das Gruppentherapieangebot ist neu strukturiert und eingeführt: Per 1.1.17 gibt es die Gruppen: Suchtgruppe, Motivationsgruppe, Persönlichkeitsgruppe, Kompetenzgruppe, Alltagsgruppe und Online-Gruppe. Die Gruppen können individuell zusammengestellt werden.

### Betrieb

- Das Organisationsreglement, Finanzreglement, Leitbild und weitere Grundlagendokumente wurden durch den Stiftungsrat geprüft und angepasst.
- Liegenschaft: Neue, besser isolierende Fenster sind im ganzen Klinikgebäude eingebaut. Auf dem Vorplatz bietet ein neuer Holzpavillon den Patient/innen eine regengeschützte Zone zum Rauchen. Zudem bietet das neu gestaltete Entrée für Besucher einen angenehmen Empfang.
- Personalmanagement: Ein neues Formular / Instrument für Mitarbeitergespräche ist eingeführt.

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

### Behandlungsangebot

- Weiterentwicklung und Überprüfung der Behandlungsangebote sowohl im ambulanten sowie im stationären Bereich
- Evaluation und Weiterentwicklung des neuen Angebots Online- und Mediensucht

### Betrieb

- Liegenschaft: Renovationen und Instandhaltungsarbeiten werden unter Berücksichtigung der Liquidität umgesetzt
- Controlling: Auswertungen und Kennzahlen werden optimiert, Ergebnis- und Datenqualität bei ANQ-Messungen verbessert

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erwachsenenpsychiatrie               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Symptombelastung (Fremdbewertung)</li> <li>– Symptombelastung (Selbstbewertung)</li> <li>– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen</li> </ul> </li> </ul>

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ANQ</li> </ul>

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenzufriedenheit
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserzufriedenheit

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Behandlungsangebot

<b>Ziel</b>	Überprüfung und Weiterentwicklung des ambulanten und stationären Behandlungsangebots
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Klinik und Ambulatorien
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Prüfung des Angebots (z.B. neue Angebote, neue Zielgruppen,...)
<b>Methodik</b>	Projektgruppen, Personalretraiten
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interdisziplinär
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Teilprojekte werden regelmässig evaluiert

##### Interne Audits

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Verbesserung in allen Prozessen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Klinik und Ambulatorien
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Methodik</b>	Regelmässige interne Audits
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interdisziplinär
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Ergebnisse werden in Qualitätszirkeln zuhanden GL besprochen

## Marketing

<b>Ziel</b>	Beziehungspflege mit allen Austauschpartnern
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ressort Marketing, alle Mitarbeitenden
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
<b>Methodik</b>	Kampagnen, Versände,
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interdisziplinär
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Z.B. durch Anzahl Besuche auf der Webseite, Anmeldungen von Patient/innen

## TARPSY

<b>Ziel</b>	Einführung eines datenbezogenen Finanzierungssystems
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Rechnungswesen, ICT
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2014-2018
<b>Begründung</b>	Vorbereitungen auf die Einführung von TARPSY
<b>Methodik</b>	Datenqualität, Prozesse und Auswertungen optimieren
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Mitarbeitende in den Ressorts Rechnungswesen und ICT
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Laufende Datenlieferungen

## EKAS

<b>Ziel</b>	Umsetzung und Einhaltung der Richtlinien betreffend Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Klinik und Ambulatorien
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	permanent
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz sicherstellen
<b>Methodik</b>	Regelmässige Überprüfung mittels Checklisten Arbeitssicherheit Schweiz, interne Audits, interne Schulungen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interdisziplinär
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Besprechung der Checklisten/Ergebnisse in der Sicherheitskommission, Massnahmenplanung mit Visum

### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2012 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

### 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
QuaTheDA Die Qualitätsnorm für die Suchthilfe, Prävention und Gesundheitsförderung	ganze Klinik	2002	2015	nächste Rezertifizierung: 2018
REKOLE	ganze Klinik	2013	2016	nächste Rezertifizierung: 2020

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Eigene Befragung

##### 5.1.1 Patientenzufriedenheit

Wichtiges Element des Qualitätsmanagements, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

Fragen zu folgenden Kategorien:

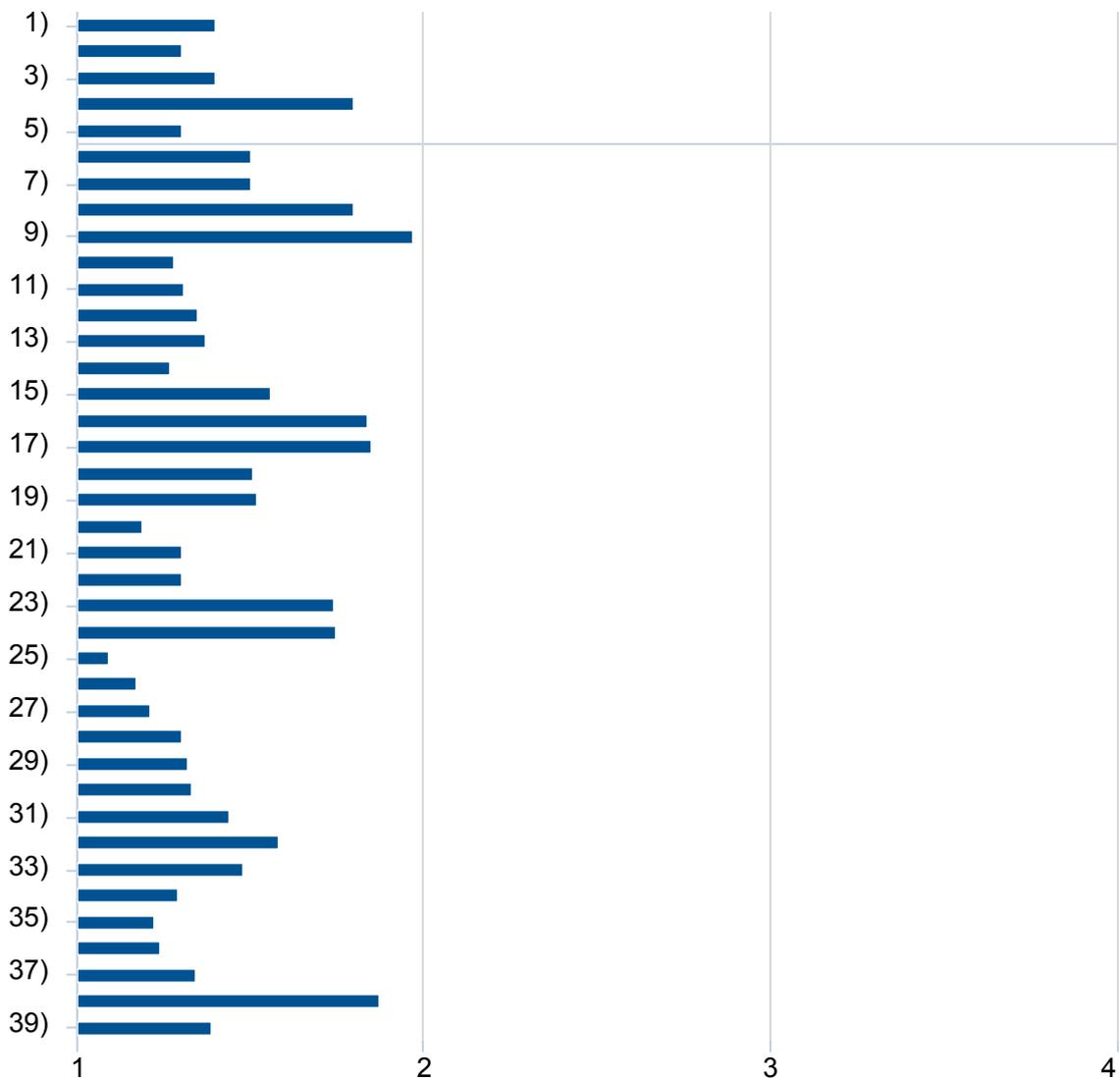
- Zufriedenheit mit den Angeboten
- Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen
- Verständnis und Akzeptanz durch Team
- Fachliche und soziale Kompetenz des Teams
- Persönliche Entwicklung

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.  
Sämtliche Patient/innen der Klinik Selhofen werden beim Austritt befragt.  
Die Rücklaufquote bei regulären Austritten beträgt 86% (ohne Abbrüche oder Entlassungen).  
Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Fragen

- 1) Ich bin insgesamt zufrieden mit dem Aufenthalt in der Klinik Selhofen
- 2) Ich bin zufrieden mit der Betreuung durch den Pflegedienst
- 3) Ich bin zufrieden mit der Betreuung der Nachtwachen.
- 4) Ich bin zufrieden mit der medizinischen Betreuung durch den ärztlichen Dienst.
- 5) Ich bin zufrieden mit der Betreuung durch das Fallmanagement.
- 6) Ich bin zufrieden mit der Tagesstruktur.
- 7) Ich bin zufrieden mit den Standortgesprächen.
- 8) Ich bin zufrieden mit der Gesamtgruppe.
- 9) Ich bin zufrieden mit den Gruppengesprächen im Entzugsprogramm.
- 10) Ich bin zufrieden mit der Kunsttherapie.
- 11) Ich bin zufrieden mit dem Sport.
- 12) Ich bin zufrieden mit dem Körper/Sportangebot.
- 13) Ich bin zufrieden mit der Körpertherapie.
- 14) Ich bin zufrieden mit dem Beschäftigungsprogramm Küchendienst.
- 15) Ich bin zufrieden mit dem Beschäftigungsprogramm Hausdienst.
- 16) Ich bin zufrieden mit der Morgenrunde.
- 17) Ich bin zufrieden mit dem Tagesrückblick.
- 18) Ich bin zufrieden mit dem Freizeitangebot.
- 19) Die Besuchs- und Ausgangsregeln ermöglichen mir eine angemessene Freizeitgestaltung.
- 20) Am Aufnahmetag wurde ich gut empfangen und eingeführt.
- 21) Ich bin über meine Rechte und Pflichten sowie über das Angebot der Klinik Selhofen gut informiert worden.
- 22) Die Unterlagen und Informationen über die Klinik Selhofen sind gut verständlich.
- 23) Ich bin ausreichend über die Themen Sucht, HIV/AIDS, Hepatitis, Überdosierung und Rückfälle informiert worden.
- 24) Ich bin zufrieden mit der Infogruppe Hepatitis & HIV
- 25) Ich finde das Essen im Allgemeinen gut.

- 26) Das Zimmer genügt meinen Ansprüchen.
- 27) Ich habe genügend Rückzugsmöglichkeiten.
- 28) Ich kann die Hausordnung akzeptieren.
- 29) Ich werde vom Mitarbeiterteam ernst genommen.
- 30) Ich halte das Mitarbeiterteam für fachlich kompetent.
- 31) Ich erhalte vom Mitarbeiterteam genügen Unterstützung bei der Vorbereitung einer geeigneten Anschlusslösung.
- 32) Ich kann meine soziale Situation genügend in die Planung der Anschlusssituation einbeziehen.
- 33) Ich fühle mich als Frau / als Mann in meinen spezifischen Anliegen verstanden und unterstützt.
- 34) Wenn ich wieder Hilfe bräuchte, würde ich wieder in die Klinik Selhofen kommen.
- 35) Ich würde die Klink Selhofen weiterempfehlen.
- 36) Ich arbeite an den Zielen, die ich mir für den Aufenthalt in der Klinik gesetzt habe.
- 37) Ich bin zufrieden mit den Einzelgesprächen der Psychotherapie.
- 38) Ich bin zufrieden mit den Gruppengesprächen im Stabilisierungsprogramm.
- 39) Ich bin zufrieden mit den Gruppengesprächen im Integrationsprogramm.



1 = trifft völlig zu / 4 = trifft überhaupt nicht zu

■ Klinik Selhofen

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Selhofen	1.40	1.30	1.40	1.80	1.30

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	6)	7)	8)	9)	10)
Klinik Selhofen	1.50	1.50	1.80	1.97	1.28

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	11)	12)	13)	14)	15)
Klinik Selhofen	1.31	1.35	1.37	1.27	1.56

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	16)	17)	18)	19)	20)
Klinik Selhofen	1.84	1.85	1.51	1.52	1.19

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	21)	22)	23)	24)	25)
Klinik Selhofen	1.30	1.30	1.74	1.75	1.09

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	26)	27)	28)	29)	30)
Klinik Selhofen	1.17	1.21	1.30	1.32	1.33

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	31)	32)	33)	34)	35)
Klinik Selhofen	1.44	1.58	1.48	1.29	1.22

Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Fragen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	36)	37)	38)	39)		
Klinik Selhofen	1.24	1.34	1.87	1.39	172	62.00 %

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Zufriedenheit der Patient/innen ist insgesamt sehr hoch. Für Patient/innen besteht die Möglichkeit via Meldeformular Verbesserungsanträge zu stellen, welche der Klinik Selhofen ermöglichen laufend auf Patientenbedürfnisse einzugehen.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

## 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **Klinik Selhofen**

Infodrog

-

Schweizerische Koordinationsfachstelle der stationären Therapieangebote im Drogenbereich.

031 376 04 01

[office@infodrog.ch](mailto:office@infodrog.ch)

Schriftliche Information zum Beschwerdeverfahren mit Kontaktdaten der Ombudsstelle wird den Patienten bei Eintritt abgegeben.

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiterbefragung wird zur Messung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden und zur Identifizierung von Verbesserungspotenzialen durchgeführt. Dabei stehen folgende Themen im Vordergrund:

- Leitung und Personalführung
- Nicht-Burnout
- Teamgeist
- Informationskultur
- weitere Items

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2014 durchgeführt.  
Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2017.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	ISGF
Methode / Instrument	QuaTheTeam-58

## 8 Zuweiserzufriedenheit

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

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweiserzufriedenheit

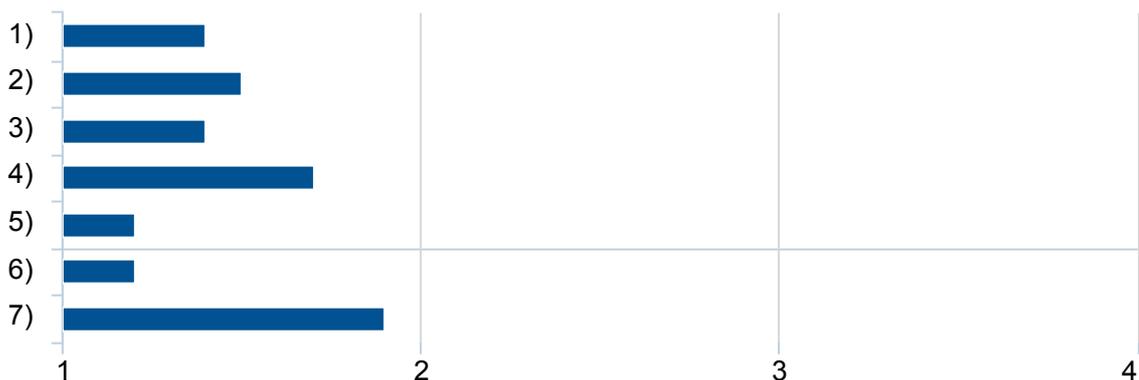
Die Zuweiserzufriedenheitsbefragung wird zur Messung der Zufriedenheit der Zuweiser und zur Identifizierung von Verbesserungspotenzialen durchgeführt. Dabei stehen folgende Themen im Vordergrund:

- Zusammenarbeit
- Erwartungen
- Zufriedenheit mit der Behandlung
- Freundlichkeit und Kompetenz der Mitarbeitenden

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 01.11.16 bis 31.12.16 durchgeführt. Die Fragebogen wurden an Ärzte und Sozialdienste geschickt. Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Fragen

- 1) Ich bin insgesamt zufrieden mit der Zusammenarbeit mit der Klinik Selhofen.
- 2) Ich hatte gemäss meinen Erwartungen und Anliegen die nötigen Informationen zur Behandlung.
- 3) Ich bin insgesamt zufrieden mit: a. dem erfolgten Aufnahme-/Übertrittsverfahren b. der erfolgten Behandlung
- 4) Ich erlebe die Mitarbeitenden der Klinik stets freundlich
- 5) Ich erlebe die Mitarbeitenden der Klinik stets kompetent.
- 6) Ich würde die Klinik Selhofen weiterempfehlen.
- 7) Ich kenne die Angebote der Klinik Selhofen.



1 = trifft sehr zu / 4 = trifft gar nicht zu

■ Klinik Selhofen

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)

Klinik Selhofen	1.40	1.50	1.40	1.70	1.20
-----------------	------	------	------	------	------

#### Messergebnisse in Zahlen

	Mittelwerte pro Fragen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Klinik Selhofen	1.20	1.90	50	63.00 %

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Zufriedenheit der Zuweisenden mit der Behandlung und dem Aufnahmeverfahren sowie der Zusammenarbeit ist generell hoch. Die Angebote der Klinik sind noch nicht allen bekannt. Um dies zu verbessern, werden den Personen, die die Angebote noch wenig kennen, Informationsunterlagen zugestellt.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## Behandlungsqualität

### 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

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

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

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

#### Messergebnisse

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

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

Die Klinik Selhofen führt keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen durch.

#### Angaben zur Messung

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

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 15 Psychische Symptombelastung

### 15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

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

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

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

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

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

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

#### Messergebnisse

HoNOS Adults	2012	2013	2014	2015
<b>Klinik Selhofen</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	5.04	4.33	3.57	5.27
Standardabweichung (+/-)	6.56	4.57	3.75	4.34

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2012	2013	2014	2015
<b>Klinik Selhofen</b>				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	19.02	24.78	22.06	19.33
Standardabweichung (+/-)	29.24	32.27	27.23	23.73

Wertung der Ergebnisse:

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

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Angebotsentwicklung - neue Zielgruppen

Projektart:

- Angebotsentwicklung

Projektziel:

- Angebotsüberprüfung und Angebotserweiterung

Projektablauf /Methodik:

- Recherchen, Umfeldanalysen
- Auswertung von Befragung und Recherchen
- Konzepterstellung erstellen
- Vorbereitung der Angebotsänderung
- Planung Marketing Aktivitäten
- Massnahmenplanung (Schulung, Information der Mitarbeitenden)
- Umsetzung der Massnahmen
- Evaluation und Steuerung

Involvierte Berufsgruppen: Psychotherapeuten, Ärzte, Pflege, Informatik, Administration

Projektelevaluation:

- Messung Anzahl Patient/innen
- Zufriedenheit der Patient/innen
- Regelmässige Bereichssitzungen, Personalretraiten

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

### 18.2.1 ICT Prozess

Projektart:

- Standardprojekt

Projektziel:

- Prozessdokumentation ICT

Projekttablauf /Methodik:

- Erstellung eines neuen Prozesses ICT im Prozessmodell / Qualitätshandbuch
- Erstellen von Dokumentationen (Checklisten, Formulare, Verfahrensanweisungen, Reglemente etc.)

Involvierte Berufsgruppen:

- Ressort ICT

Projektelevaluation / Massnahmen:

- Überprüfung der vorhandenen Dokumente
- Weiterer Ausbau der Dokumentation des Prozesses

### 18.2.2 Formular Mitarbeitergespräch

Projektart: Standardprojekt

Projektziel:

- Optimierung des Mitarbeitergesprächs-Prozess

Projekttablauf /Methodik:

- Vorgehen definieren
- Verbesserungsmöglichkeiten sammeln mit BerL
- Konzept anpassen (MAG-Formular und Leitfaden für VG und MA)
- Information/ Einführung aller BerL und MA

Involvierte Berufsgruppen: Alle

Projektelevaluation:

- Testphase / einzelne Anpassungen am MAG-Formular
- bevorstehende Massnahmen: Erfassung via SimMPP Datenbank

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Ambulante Prozesse

Projektart:

- Ambulante Prozesse definieren und dokumentieren

Projektziel:

- Ambulante Prozesse sind definiert dokumentiert, so dass das ambulante Modul beim nächsten Rezertifizierungsaudit (QuaTheDa) zertifiziert werden kann.

Projektlauf/Methodik:

- Überprüfung von bestehenden Dokumenten im Qualitätshandbuch
- Abgleich der Anforderungen gemäss QuaTheDa mit den bestehenden Dokumenten und Definition von neuen Sub-Prozessen und Dokumenten im Qualitätshandbuch.

Involvierte Berufsgruppen: Ärzte, Therapeuten, Zentrale Dienste

Projektergebnisse:

- Zertifizierung ambulantes Modul im 2018

## 19 Schlusswort und Ausblick

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

- Der bedarfsgerechte Ausbau des ambulanten Bereichs wird auch in den nächsten Jahren im Fokus stehen. Dabei wird es vor allem darum gehen, den Bekanntheitsgrad des Angebots bei Patient/innen und Zuweisenden zu steigern und die Effizienz zu erhöhen.
- Nebst diesem Schwerpunkt 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. Insbesondere die Ergebnisqualität (ANQ) und die Vorbereitungen auf die Tarifverhandlungen (TARPSY) stehen weiterhin im Fokus.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### Psychiatrie

#### Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

#### Bemerkungen

##### Die Klinik Selhofen

Die Klinik Selhofen ist eine Suchtfachklinik für Männer und Frauen und bietet Platz für 24 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 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 sowie an Personen mit einer Medien-/Onlinesucht.

Behandlungsschwerpunkte sind:

- Körperliche Entgiftung
- Stabilisierung
- Integration
- Doppeldiagnosebehandlung
- Behandlung von Medien-/Onlinesucht

In einem umfassenden qualifizierten Angebot erhalten die PatientInnen medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungen. Ein reiches Gesprächsangebot (Einzel-, Gruppen-, Standort-, Netzgespräche) wird durch Milieuthérapie, 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 milieuthérapeutischen Ansätzen.

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

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

## Leistungsdaten 2016

Indikator	2016	Bemerkungen
<b>Aufenthaltstage</b>	8659	
Auslastung gesamt %	95.50%	
Anteil Ausserkantonale %	24%	
<b>Eintritte total</b>	274	
Wartezeit Ø Tage	5.30	ab "bereit zum Eintritt"
Zuweisung Ambulatorium	10%	
Alter bei Eintritt Ø	37.30	
Herkunft Kanton Bern %	77.37%	Herkunft Stadt Bern und Kt. Bern
Herkunft Stadt Bern %	10.37%	Prozent von Gesamteintritte
Herkunft ausserkantonale %	22.63%	
Eintritte freiwillig %	98.18%	
Eintritte Massnahme / FU %	1.82%	
<b>Austritte total</b>	279	
Austritte regulär %	69.53%	
Behandlungsabbrüche %	30.47%	inkl. Frühabbrüche
Frühabbrüche (< 4 Tage) %	5.38%	
<b>Entzug abgeschlossen %</b>	79.93%	körperl. Entgiftung bei Austritt abgeschl.
<b>Anschlussituation nach Austritt</b>		
Austritt mit stationären Anschluss	10%	% aller Austritte
Austritt mit ambulanten Anschluss	46%	% aller Austritte
Austritt ohne prof. Anschluss	14%	% aller Austritte
<b>Aufenthaltsdauer</b>		
Aufenthaltsdauer Ø Tage	32	
Aufenthaltsdauer gepl. Austritte Ø Tage	34	
Behandlungstage Hochtarif	6977	1.-40. Tag
Behandlungstage Niedertarif	1682	ab 41. Tag
<b>Zielerreichung</b>		
Zielerreichung reg. Austritte Patienten	5.4	Skala 1-7, 1 = kein Ziel erreicht
Zielerreichung reg. Austritte Fallmanagement	5.8	7 = alle Ziele vollständig erreicht
<b>Zufriedenheit</b>		
Patientenbefragung Rücklauf %	85.84%	Befragung der regulär Austretenden
Patientenzufriedenheit %	92.48%	zufrieden bis sehr zufrieden

## Katamneseergebnisse 2016

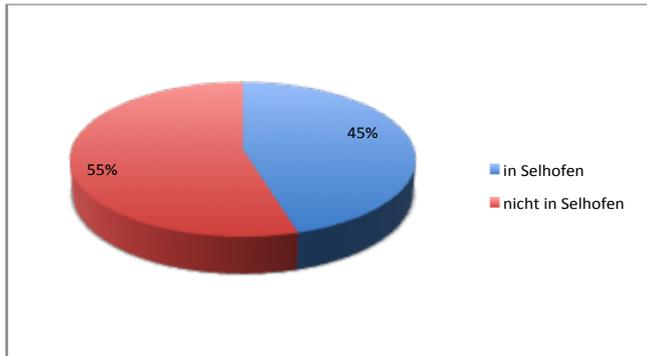
Die untenstehenden Ergebnisse beziehen sich auf die Katamnesebefragung im Jahr 2016. Vom 1.1. – 31.12.2016 wurden insgesamt 229 Katamnesefragebogen verschickt, wovon 81 zurück geschickt wurden. Dies entspricht einem **Rücklauf von 36%**. In 126 Fällen wurde durch die Patientenadministration eine telefonische Nachfrage getätigt, wobei dies in 15 Fällen zum Rücklauf führte (12% aller zurückgeschickten Fragebogen).

### Veränderung des Konsumverhaltens\*



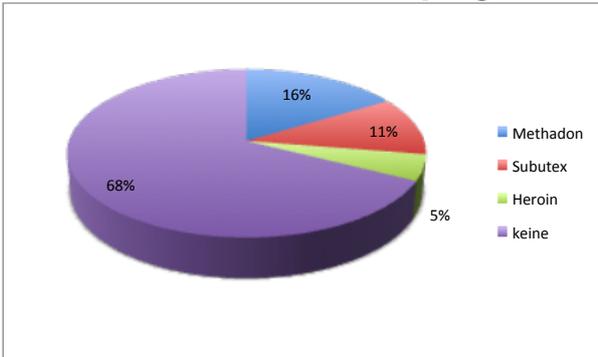
Konsum des während dem Klinikaufenthalt entzogenen Hauptsuchtmittels seit Austritt

### Nachbehandlung

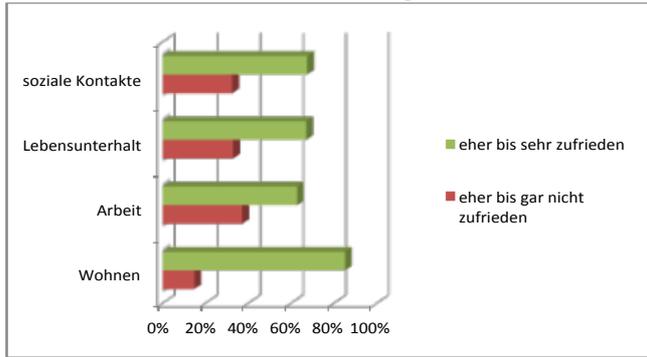


45% der Nachbehandlungen wurden während dem Aufenthalt in Selhofen organisiert.

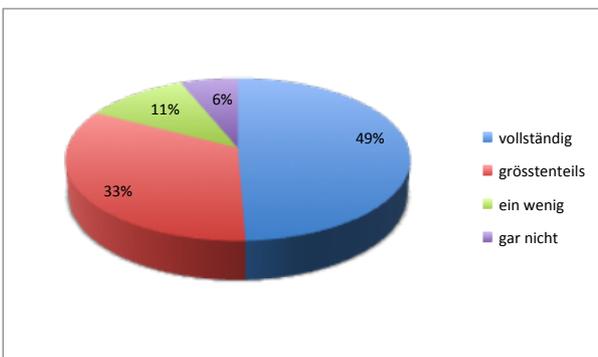
### Teilnahme an Substitutionsprogramm



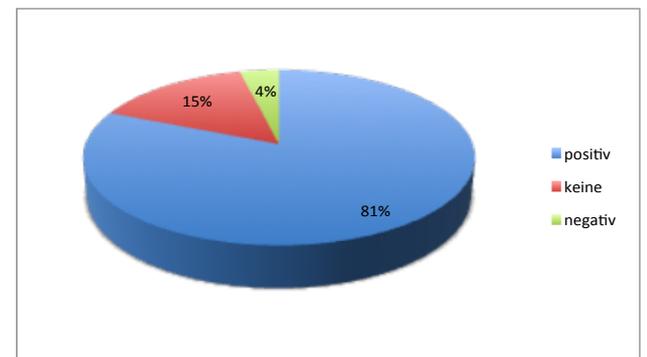
### Zufriedenheit mit Lebensqualität



### Zielerreichung bezüglich Sucht



### Auswirkungen der Behandlung



## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:  
H+ Die Spitäler der Schweiz  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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