

# Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

14.05.2018  
Heinz Rolli, Direktor

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 2017.

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 der Vorlage 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 2017

Frau  
Judith Briod  
Qualitätsbeauftragte  
0344204141  
[judith.briod@selhofen.vh](mailto:judith.briod@selhofen.vh)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

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. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und 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. Die Publikationen hierzu 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 2017 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017 .....	8
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 .....	18
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>19</b>
7.1 Eigene Befragung .....	19
7.1.1 Mitarbeiterbefragung .....	19
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>21</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>11 Infektionen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<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>21</b>
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	21
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>22</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	22
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>17</b> Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	

<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>24</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	24
18.1.1	Neue Zielgruppe: Online-/Mediensucht.....	24
18.1.2	Überarbeitung Marketingkonzept.....	25
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017 .....	26
18.2.1	Überarbeitung Eintrittsprozess .....	26
18.2.2	Anpassung Therapiegruppen.....	26
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	27
18.3.1	Ambulante Prozesse .....	27
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>28</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>29</b>
Psychiatrie .....		29
<b>Anhang 2 .....</b>		<b>30</b>
<b>Herausgeber .....</b>		<b>32</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

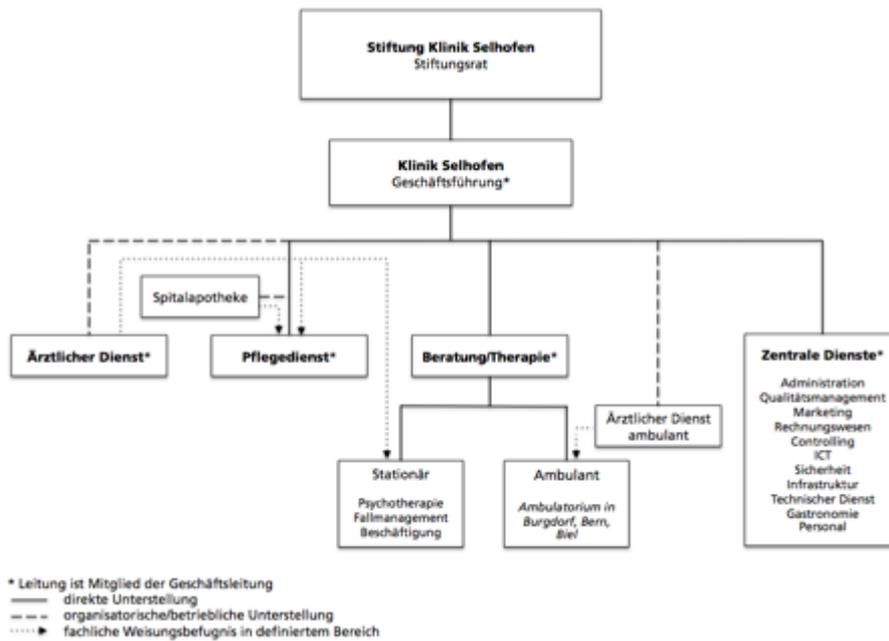
Die Suchtbehandlung in der Klinik Selhofen ist von einer kooperativen, flexiblen, positiv verstärkenden und ressourcenorientierten Haltung geprägt. Die Behandlung basiert auf systemischen, lösungsorientierten, verhaltens- und milieuthapeutischen Ansätzen.

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  
 0344204141  
[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 2017

##### Behandlungsangebot

- Anpassung Eintrittsprozess für Patientinnen und Patienten
- Weiterentwicklung eines neuen Angebots für Online- und Mediensüchtige
- Weiterentwicklung eines neuen Gruppentherapieangebots: Gruppenangebot als Therapiebausteine, die individuell zusammengestellt werden können.

##### Betrieb

- Ausbau Ressort ICT

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

##### Behandlungsangebot

- Der Eintrittsprozess für Patientinnen und Patienten ist überarbeitet und angepasst, um die Informationsflut am Eintrittstag zu reduzieren.
- Das Angebot für die neue Zielgruppe Online- und Mediensüchtige, welches am 1.1.17 gestartet ist, ist weiterentwickelt und verbessert.
- Das Gruppentherapieangebot, welches per 1.1.17 neu strukturiert und eingeführt wurde, wird laufend evaluiert und weiterentwickelt.

##### Betrieb

- ICT: Das Ressort ICT ist ausgebaut.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

#### Behandlungsangebot

- Vorbereitung und Durchführung der Klausurtagung mit dem Stiftungsrat. Diskussion über die strategische Ausrichtung und Weiterentwicklung des Angebots.
- 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>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterbefragung

#### 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

## 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

## 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

#### 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, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2011 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 2017 durchgeführt.  
gesamte Klinik

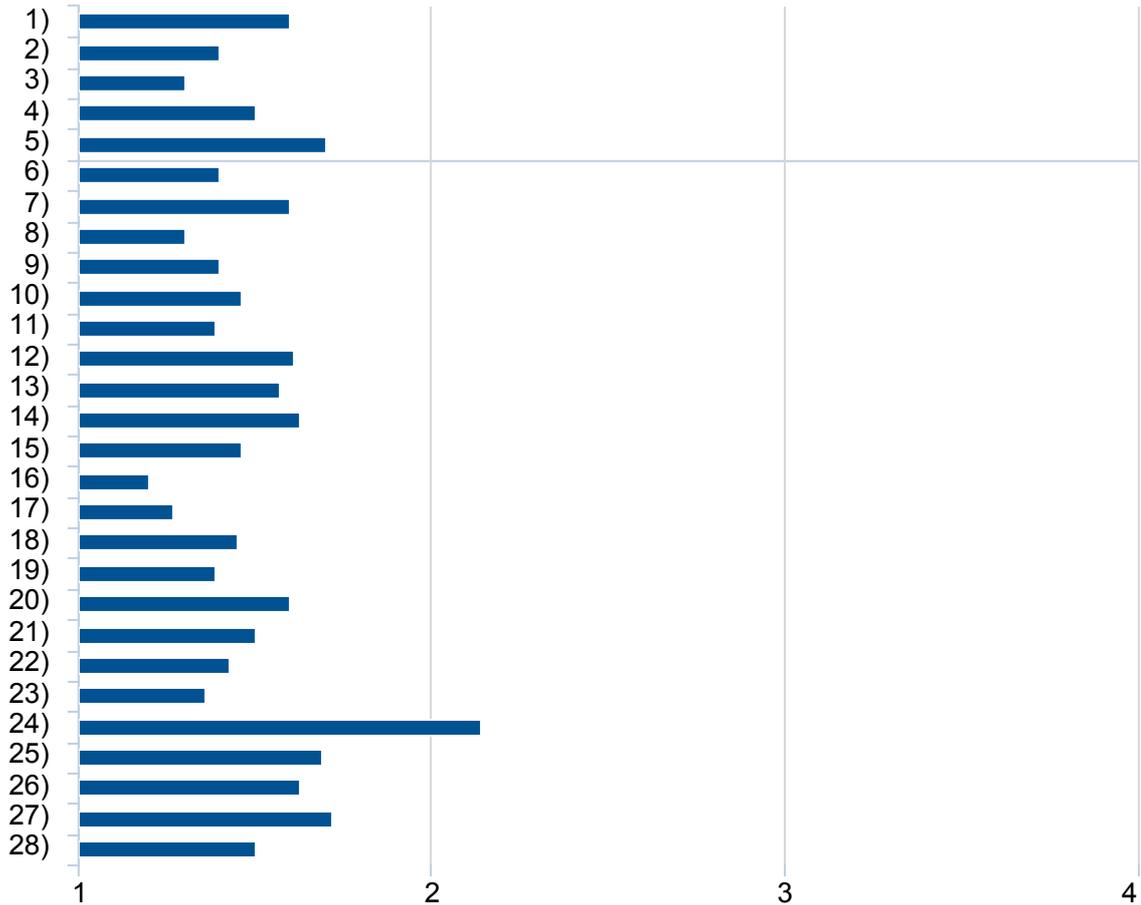
Sämtliche Patient/innen der Klinik Selhofen werden beim Austritt befragt.

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 meiner Bezugsperson vom Pflegedienst.
- 4) Ich bin zufrieden mit der Betreuung der Nachtwachen.
- 5) Ich bin zufrieden mit der medizinischen Betreuung durch den ärztlichen Dienst.
- 6) Ich bin zufrieden mit den Einzelgesprächen der Psychotherapie und des Fallmanagements.
- 7) Ich bin zufrieden mit den Standortgesprächen.
- 8) Ich bin zufrieden mit der Kunsttherapie.
- 9) Ich bin zufrieden mit dem Sport.
- 10) Ich bin zufrieden mit dem Körper/Sport.
- 11) Ich bin zufrieden mit dem Beschäftigungsprogramm Küchendienst
- 12) Ich bin zufrieden mit dem Beschäftigungsprogramm Hausdienst.
- 13) Ich bin zufrieden mit der Tagesstruktur.
- 14) Die Besuchs- und Ausgangsregeln ermöglichen mit eine angemessene Freizeitgestaltung.
- 15) Die Unterlagen und Informationen über die Klinik Selhofen sind gut verständlich.
- 16) Ich finde das Essen im Allgemeinen gut.
- 17) Mein Zimmer genügt meinen Ansprüchen.
- 18) Ich werde vom Mitarbeiterteam ernst genommen und genügend in die Behandlungsplanung einbezogen.
- 19) Ich arbeite an den Zielen, die ich mir für den Aufenthalt in der Klinik Selhofen gesetzt habe.
- 20) Ich erhalte vom Mitarbeiterteam genügend Unterstützung bei der Vorbereitung einer geeigneten Anschlusslösung.
- 21) Ich fühle mich als Mann / Frau mit meinen spezifischen Anliegen verstanden und unterstützt.
- 22) Wenn ich wieder Hilfe bräuchte, würde ich wieder in die Klinik Selhofen kommen.

- 23) Ich würde meinem Freund die Klinik Selhofen empfehlen, wenn er ähnliche Hilfe benötigen würde.
- 24) Ich bin zufrieden mit der Basisgruppe.
- 25) Ich bin zufrieden mit der Kompetenzgruppe.
- 26) Ich bin zufrieden mit der Persönlichkeitsgruppe.
- 27) Ich bin zufrieden mit der Motivationsgruppe.
- 28) Ich bin zufrieden mit der Onlinegruppe.



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

■ Klinik Selhofen

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Selhofen	1.60	1.40	1.30	1.50	1.70

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	6)	7)	8)	9)	10)
Klinik Selhofen	1.40	1.60	1.30	1.40	1.46

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	11)	12)	13)	14)	15)
Klinik Selhofen	1.39	1.61	1.57	1.63	1.46

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	16)	17)	18)	19)	20)
Klinik Selhofen	1.20	1.27	1.45	1.39	1.60

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	21)	22)	23)	24)	25)
Klinik Selhofen	1.50	1.43	1.36	2.14	1.69

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen			Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	26)	27)	28)		
Klinik Selhofen	1.63	1.72	1.50	280	92.00 %

#### 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

Ombudsstelle für Spitalwesen

-

-

032 33124 24

[info@ombudsstelle-spitalwesen.ch](mailto:info@ombudsstelle-spitalwesen.ch)

Mo-Fr, 08-12 Uhr und 14-17 Uhr

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

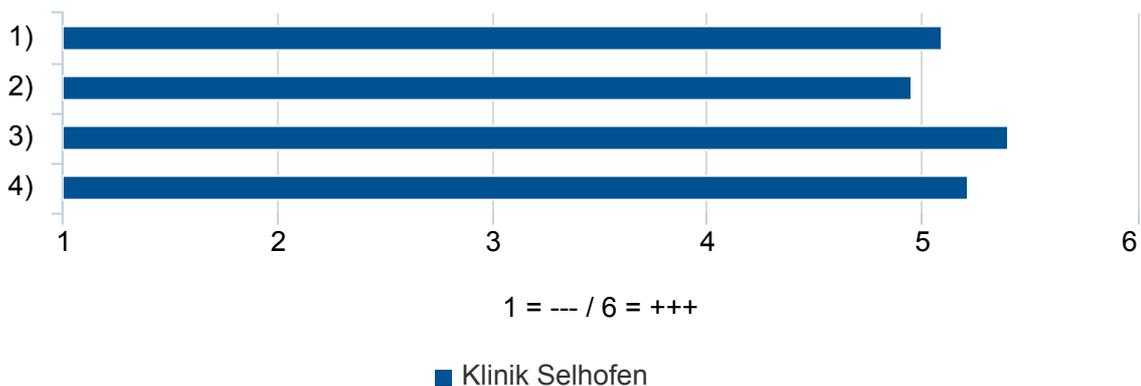
Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat Mai durchgeführt.  
gesamte Klinik

Es wurden alle Mitarbeitenden mit einem Arbeitsvertrag mit der Klinik Selhofen in die Befragung miteinbezogen.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

#### Messthemen

- 1) Leitung und Personalführung
- 2) Nicht-Burnout
- 3) Teamgeist
- 4) Informationskultur



Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Messthemen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)	4)		
Klinik Selhofen	5.09	4.95	5.40	5.21	42	86.00 %

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Resultate der Mitarbeiterzufriedenheits-Befragung sind erfreulich hoch. Auch im Vergleich zu den Vorjahren zeichnet sich eine konstant gute, leicht verbesserte Situation ab. Aufgrund der guten Ergebnisse wurde keine spezifischen Verbesserungsmaßnahmen ergriffen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ISGF
Methode / Instrument	QuaTheTeam-58

## 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.

#### Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2015	2016
Klinik Selhofen		

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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

Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 w hoch 2, Bern
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.
<b>Klinik Selhofen</b>		
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2016		0

## 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

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

HoNOS Adults	2013	2014	2015	2016
<b>Klinik Selhofen</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	4.33	3.57	5.27	6.45
Standardabweichung (+/-)	4.57	3.75	4.34	3.37

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2013	2014	2015	2016
<b>Klinik Selhofen</b>				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	24.78	22.06	19.33	20.74
Standardabweichung (+/-)	32.27	27.23	23.73	29.88

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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, 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 Ergebnisse bei den HoNOS haben sich in den letzten zwei Jahren verbessert. Dies ist einerseits durch die Schulung der Mitarbeitenden (HoNOS Weiterbildungen von ANQ) zu begründen. Andererseits durch die bessere und einfachere Erfassung der HoNOS im Klinikinformationssystem.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 w hoch 2, Bern
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 Neue Zielgruppe: Online-/Mediensucht

Projektart:

- Angebotsentwicklung

Projektziel:

- Angebotserweiterung

Projektablauf /Methodik:

- Recherchen, Umfeldanalysen
- Auswertung von Befragung und Recherchen
- Konzept erstellen, Rahmenbedingungen definieren
- Planung Marketing Aktivitäten
- Massnahmenplanung
- Umsetzung der Massnahmen
- Evaluation und Steuerung

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

Massnahmen:

- Neues Gruppenangebot Log-in
- Prozesse definieren und Q-Dokumente erstellen
- Elterngruppen (Angehörige) und Schnuppertage für Betroffene
- Webseite log-in.ch für zielgruppenspezifische Ansprache
- Direkt-Mailing an potenzielle Zuweiser
- Schulung der Mitarbeitenden
- Erfahrungsaustausch mit anderen Akteuren in diesem Bereich

Projektelevaluation:

- Messung Anzahl Patient/innen in Online-Gruppe
- Zufriedenheit der Patient/innen mit diesem Angebot
- Regelmässige Bereichssitzungen, Personalretraiten

## 18.1.2 Überarbeitung Marketingkonzept

Projektart:  
Standardprojekt

Projektziel:  
Aktualisierung Marketingkonzept (neue Zielgruppen, veränderte Informationsquellen)

Projekttablauf / Methodik:  
- SWOT-Analyse  
- Konkurrenzanalyse  
- bereit bestehende und potenzielle Marketingaktivitäten analysieren

Massnahmen:  
- Marketing-Leitsätze definieren  
- Gesamtpositionierung prüfen (Name, Logo, Verbale Positionierung, Positionierungskreis, Umsetzung CI COOPI)  
- Marketing Einsatzbereiche definieren  
- Marketing Organisation überprüfen  
- Prioritäten und Sofortmassnahmen definieren

Projektelevaluation:  
- Marketingkonzept im Q-Buch

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

### 18.2.1 Überarbeitung Eintrittsprozess

Projektart:

- Standardprojekt

Projektziel:

- Eintrittsprozess überarbeiten und Informationsflut am Eintrittstag reduzieren

Projektablauf /Methodik:

- Bedürfnisse recherchieren (Patienten, Pflege)
- Konzept ausarbeiten
- Information an Mitarbeitende

Involvierte Berufsgruppen:

- Pflegefachpersonen, Administration, Marketing

Massnahmen:

- Eintrittsgespräch auf wichtigste Punkte reduziert
- Infomappe mit ausführlichen Informationen im Zimmer (Dokumente erstellen / anpassen)

Projektelevaluation:

- Patientenzufriedenheit messen

### 18.2.2 Anpassung Therapiegruppen

Projektart: Angebotsentwicklung

Projektziel: Therapiegruppen sind modular aufgebaut und können individuell auf Patienten abgestimmt werden

Projektablauf / Methodik:

- Fokusgruppe
- Einbezug der Gruppenleitenden in Erarbeitung der Inhalte
- Überarbeitung der Dokumentation
- Information an Mitarbeitende und Patienten

Massnahmen:

Einführung folgender Gruppen:

- Basisgruppe
- Motivationsgruppe
- Kompetenzgruppe
- Erfolgsgruppe
- Persönlichkeitsgruppe
- Onlinegruppe
- ambulante Gruppe

Projektelevaluation:

- Zufriedenheit mit Gruppen in Patientenzufriedenheitsbefragung
- Anzahl Teilnehmer pro Gruppe

## 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

Ausblickend auf die nächsten Jahre können folgende Themenschwerpunkte festgehalten werden:

- 2019 wird in einer Klausurtagung mit dem Stiftungsrat über die strategische Ausrichtung und Weiterentwicklung des Angebots diskutiert.
- 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) steht 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.

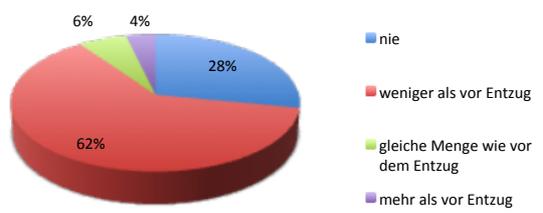
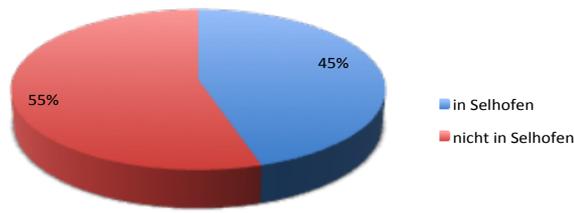
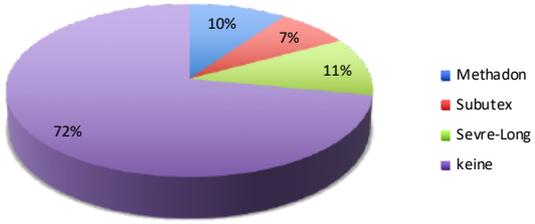
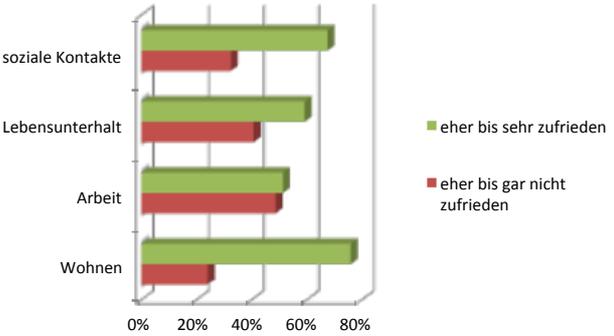
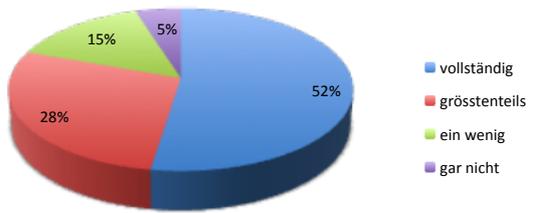
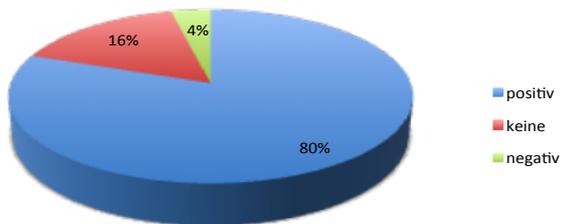
Weitere Information finden Sie auf unserer Website [www.selhofen.ch](http://www.selhofen.ch).

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

<b>Indikator</b>	<b>2017</b>	<b>Bemerkungen</b>
<b>Aufenthaltsstage</b>	9458	
Auslastung gesamt %	103%	
Anteil Ausserkantonale %	29%	
<b>Eintritte total</b>	310	
Wartezeit Ø Tage	9	ab "bereit zum Eintritt"
Zuweisung Ambulatorium	10%	
Alter bei Eintritt Ø	36.12	
Herkunft Kanton Bern %	73.48%	Herkunft Stadt Bern und Kt. Bern
Herkunft ausserkantonale (Personen) %	26.52%	
Eintritte freiwillig %	99.03%	
Eintritte Massnahme / FU %	0.98%	
<b>Austritte total</b>	306	
Austritte regulär %	63.40%	
Behandlungsabbrüche %	36.60%	inkl. Frühabbrüche
Frühabbrüche (< 4 Tage) %	4.25%	
<b>Entzug abgeschlossen %</b>	77.78%	körperliche Entgiftung bei Austritt abgeschlossen
<b>Anschlussituation nach Austritt</b>		
Austritt mit stationären Anschluss	9%	% regulärer Austritte
Austritt mit ambulanten Anschluss	43%	% regulärer Austritte
Austritt ohne prof. Anschluss	10%	% regulärer Austritte
<b>Aufenthaltsdauer</b>		
Aufenthaltsdauer Ø Tage	31	
Aufenthaltsdauer gepl. Austritte Ø Tage	35	
Behandlungstage Hochtarif	7936	1.-40. Tag
Behandlungstage Niedertarif	1522	ab 41. Tag
<b>Zielerreichung</b>		
Zielerreichung reg. Austritte Patienten	5.7	Skala 1-7, 1 = kein Ziel erreicht, 7 = alle Ziele vollständig erreicht
Zielerreichung reg. Austritte Fallmanagement	5.5	
<b>Zufriedenheit</b>		
Patientenbefragung Rücklauf %	91.53%	Befragung der regulär Austretenden
Patientenzufriedenheit %	92.26%	zufrieden bis sehr zufrieden

### Katamneseergebnisse 2017

Die untenstehenden Ergebnisse beziehen sich auf die Katamnesebefragung von Patienten, die zwischen dem 1.1.-31.12.2017 ausgetreten sind. Es wurden insgesamt 236 Katamnesefragebogen verschickt, wovon 82 zurück geschickt wurden. Dies entspricht einem **Rücklauf von 35%**. In 132 Fällen wurde durch die Patientenadministration eine telefonische Nachfrage getätigt, wobei dies in 18 Fällen zum Rücklauf führte (21% aller zurückgeschickten Fragebogen).

<p><b>Veränderung des Konsumverhaltens*</b></p>  <p>Konsum des während dem Klinikaufenthalt entzogenen Hauptsuchtmittels seit Austritt</p>	<p><b>Nachbehandlung</b></p>  <p>45% der Nachbehandlungen wurden während dem Aufenthalt in Selhofen organisiert.</p>
<p><b>Teilnahme an Substitutionsprogramm</b></p> 	<p><b>Zufriedenheit mit Lebensqualität</b></p> 
<p><b>Zielerreichung bezüglich Sucht</b></p> 	<p><b>Auswirkungen der Behandlung</b></p> 

## 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**).