

# Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

11.05.2020  
Regine Gysin, Direktorin

Version 2



## 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 2019.

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. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

### 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 2019

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

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil. Nach Akutsomatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualitätsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: [www.patientensicherheit.ch/momo](http://www.patientensicherheit.ch/momo).

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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. Andererseits 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, wenn 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



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin 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 2019 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019 .....	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 .....	13
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 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie .....	16
5.2 Eigene Befragung .....	18
5.2.1 Patientenzufriedenheit .....	18
5.3 Beschwerdemanagement .....	20
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>21</b>
7.1 Eigene Befragung .....	21
7.1.1 Mitarbeiterbefragung .....	21
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
8.1 Eigene Befragung .....	23
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit .....	23
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>25</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie 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> .....	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>25</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	25
<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>27</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	27
18.1.1	Strategieentwicklung 2023 .....	27
18.1.2	ICT Strategie .....	27
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019 .....	28
18.2.1	Erfolgreiche Kodierrevision .....	28
18.2.2	Neuorganisation Reinigungsdienst .....	28
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	29
18.3.1	Einführung EFQM .....	29
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>30</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>31</b>
	Psychiatrie .....	31
<b>Anhang 2</b> .....		<b>32</b>
<b>Anhang 3</b> .....		<b>33</b>
<b>Herausgeber</b> .....		<b>35</b>

# 1 Einleitung

## **Die Klinik Selhofen**

Die Klinik Selhofen ist eine Suchtfachklinik für Männer und Frauen und bietet 25 stationäre Plätze. 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 und Patienten medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungen. Ein umfassendes 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**

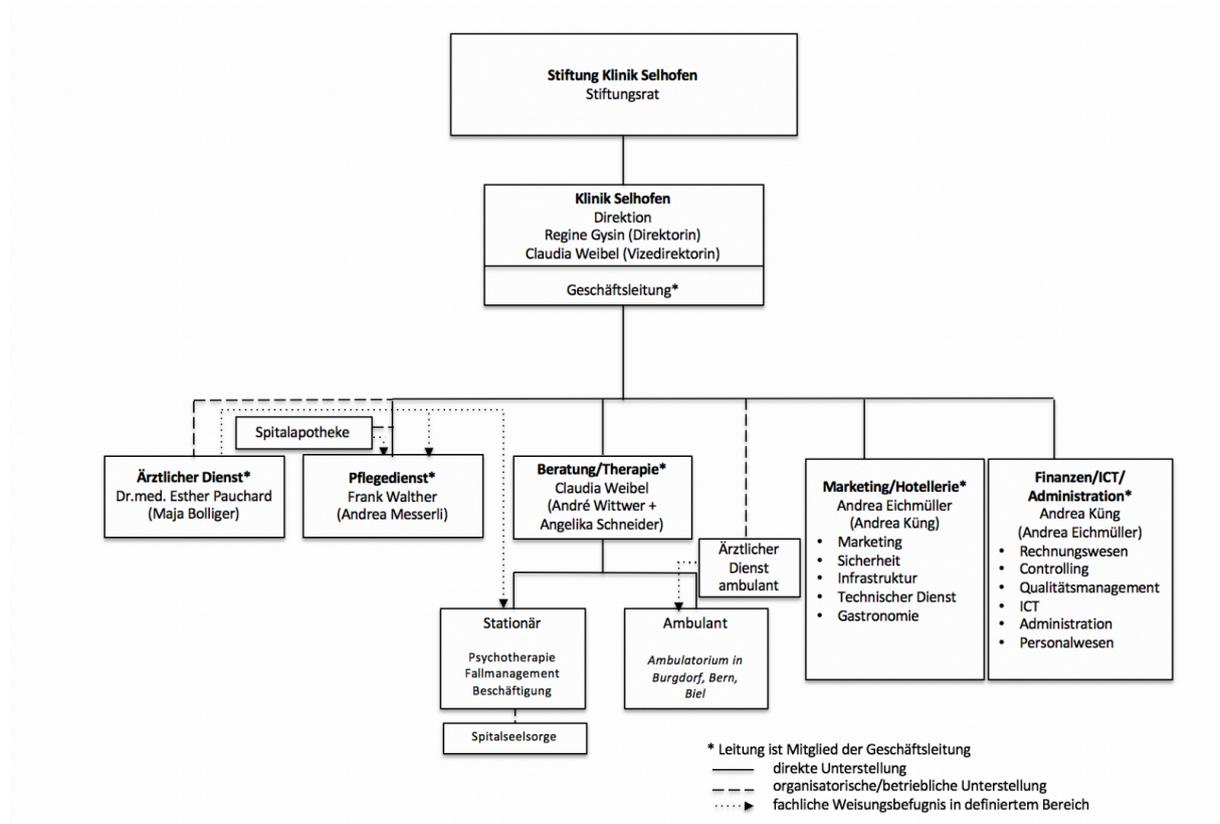
Die Suchtbehandlung in der Klinik Selhofen ist von einer kooperativen, flexiblen, positiv verstärkenden und ressourcenorientierten Haltung geprägt. Die Behandlung basiert auf systemischen, lösungsorientierten, verhaltens- und milieuthérapeutischen Ansätzen.

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

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Judith Briod  
Betriebswirtschaftliche Mitarbeiterin  
034 420 41 41  
[judith.briod@selhofen.ch](mailto:judith.briod@selhofen.ch)

Frau Jennifer Glauser  
Mitarbeiterin Administration  
034 420 41 41  
[jennifer.glauser@selhofen.ch](mailto:jennifer.glauser@selhofen.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### Grundverständnis

Die Klinik Selhofen bietet durch Professionalität und Flexibilität massgeschneiderte Behandlungen 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:

- klar definierte Q-Funktionen
- Dokumentation der Prozesse im Qualitätshandbuch
- Risikomanagement
- permanentes Verbesserungsmanagement
- CIRS Management
- interne und externe Systemaudits
- die Koordination der Projektgruppen im Sinne eines kontrollierten Changemanagements.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

##### Strategieentwicklung 2023

Die Strategie 2023 wurde in Zusammenarbeit mit dem Stiftungsrat und der Geschäftsleitung erarbeitet. An der Stiftungsratsklausur im März 2019 wurde die Strategie 2023 verabschiedet.

##### Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur der Klinik Selhofen wurde angepasst und Zuständigkeiten und Ressorts neu definiert. Insbesondere wurde der ehemalige Bereich der "Zentralen Dienste" aufgeteilt in die Bereiche "Finanzen / ICT / Administration" und "Marketing / Hotellerie".

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

### **Hygienekonzept und Reinigungspläne**

Die Organisation des Reinigungsdienstes wurde neu geregelt. Das Hygienekonzept und die Reinigungspläne wurden in Zusammenarbeit mit Experten überarbeitet und werden nun im Betrieb umgesetzt.

### **Anpassung der Dokumentationsstandards im KIS**

Die Standards für die Dokumentation im KIS wurden überprüft und angepasst. Die Dokumentation der stationären Verläufe beinhaltet neu: Das Thema, die aktuelle Situation und das Prozedere. Zudem wird eine verstärkte Zielorientierung angestrebt. Alle Patient/innen haben nebst dem Entzugsziel ein Ziel im Fallmanagement/Psychotherapie und ein Ziel in der Milieuthherapie.

### **Kodierrevision erfolgreich bestanden**

Die Kodierung erfolgte 2019 gemäss Vorschriften zu TARPSY 2.0. Die Kodierrevision wurde erfolgreich bestanden.

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

### **Umsetzung der Strategie 2023**

Die Strategie 2023 wird umgesetzt, indem spezifische Ziele und Massnahmen abgeleitet und definiert werden.

### **Einführung Zertifikat EFQM**

Die Einführung des Zertifikats EFQM soll im 2020 gestartet werden. Erste Schritte sind das Kickoff und die anschliessende Selbstbewertung gemäss Richtlinien EFQM.

### **REK-Entscheide**

Für das Jahr 2020 werden REK-Entscheide im REKOLE-System aufgenommen und umgesetzt.

### **Umsetzung EPDG**

Das Eidgenössische Gesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) wird umgesetzt.

## 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>– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie</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
<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</b> (von...bis)	laufend
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Methodik</b>	Z.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</b> (von...bis)	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, 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 im Jahr 2012 ein CIRS 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
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 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

Im Jahr 2018 wurde die Befragung dann bereits im Frühjahr durchgeführt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Die ersten drei Fragen sind identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die letzten drei Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Psychiatrie angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

#### Messergebnisse

Fragen		Zufriedenheitswert, Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
<b>Klinik Selhofen</b>		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?		3.90 (3.65 - 4.16)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?		4.68 (4.46 - 4.91)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?		4.29 (4.06 - 4.52)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?		4.17 (3.82 - 4.52)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?		4.44 (4.14 - 4.73)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?		4.27 (3.97 - 4.56)
Anzahl angeschriebene Patienten 2018		54
Anzahl eingetreffener Fragebogen	44	Rücklauf in Prozent 81 %

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die von April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten der Forensik.</li> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenzufriedenheit

Wichtiges Element des Qualitätsmanagements, da Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patientinnen und 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 2019 durchgeführt.

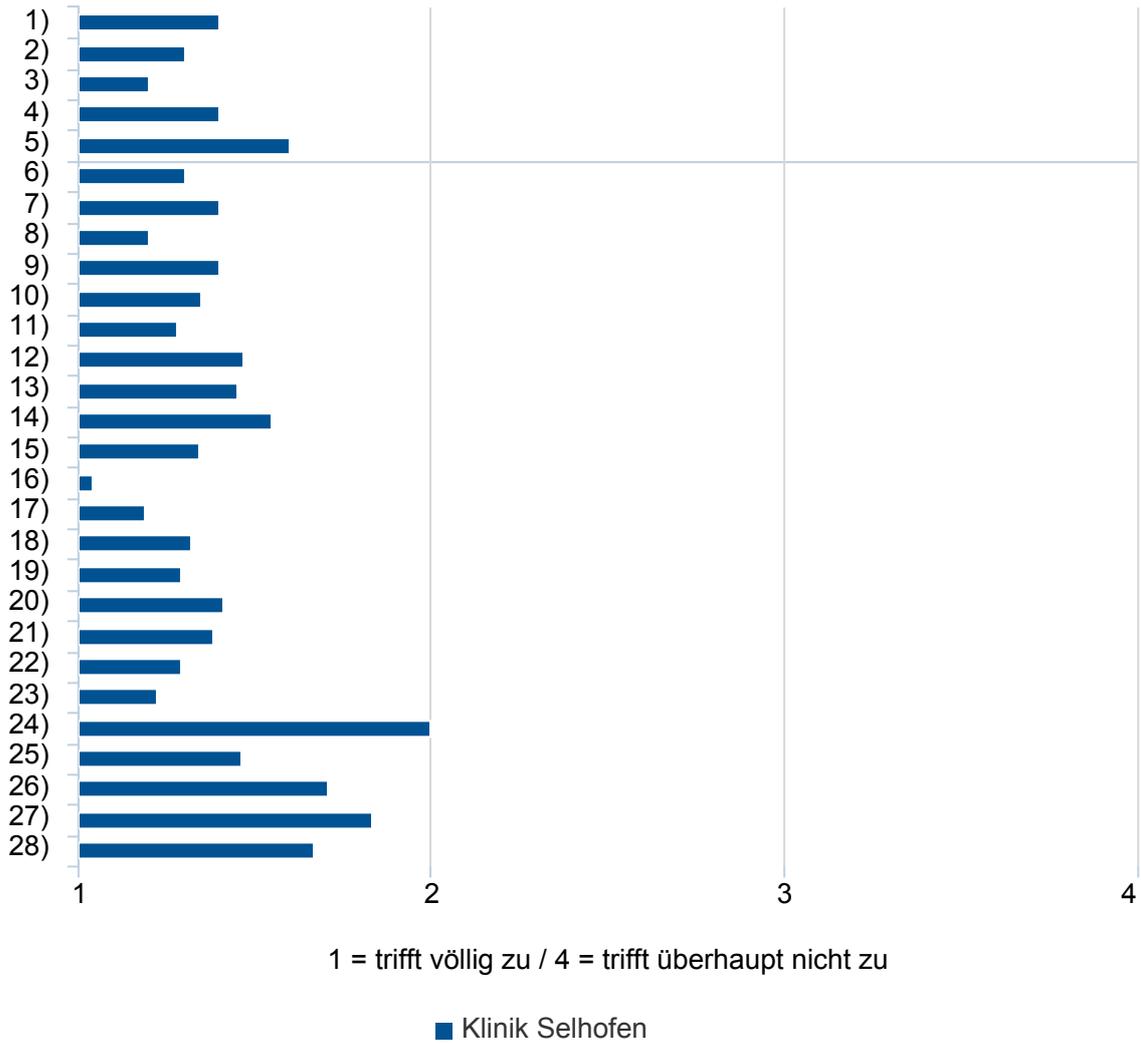
gesamte Klinik

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, wen 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.



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Selhofen	1.40	1.30	1.20	1.40	1.60

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	6)	7)	8)	9)	10)
Klinik Selhofen	1.30	1.40	1.20	1.40	1.35

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	11)	12)	13)	14)	15)
Klinik Selhofen	1.28	1.47	1.45	1.55	1.34

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	16)	17)	18)	19)	20)
Klinik Selhofen	1.04	1.19	1.32	1.29	1.41

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	21)	22)	23)	24)	25)
Klinik Selhofen	1.38	1.29	1.22	2.00	1.46

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen			Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	26)	27)	28)		
Klinik Selhofen	1.71	1.83	1.67	262	95.00 %

#### 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

### 5.3 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

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat Oktober durchgeführt.

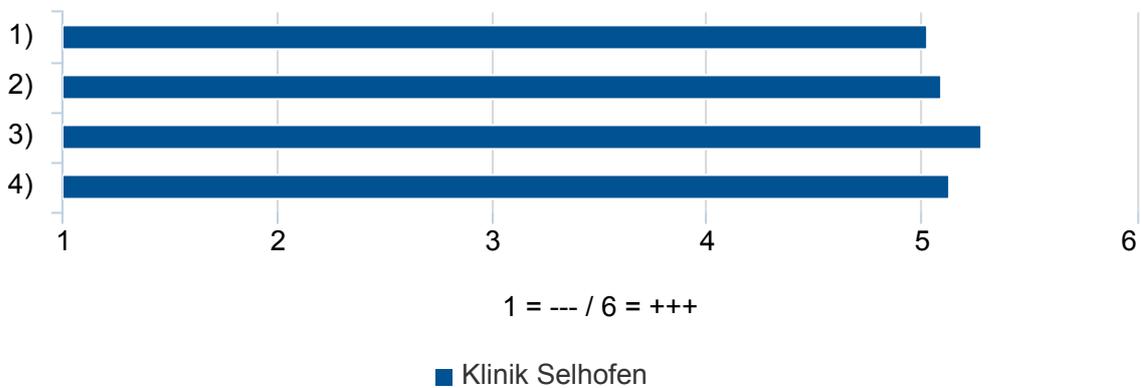
Die Befragung hat in allen Bereichen der Klinik stattgefunden.

Es wurden alle Mitarbeitenden 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	5.03	5.09	5.28	5.13	46	85.00 %

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden ist sehr hoch. In sämtlichen Themenbereichen werden regelmässig Massnahmen durchgeführt, um die hohe Personalfriedenheit weiterhin auf hohem Niveau zu halten.

Angaben zur Messung	
Nationales 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 01.07.2019 bis 30.11.2019 durchgeführt.

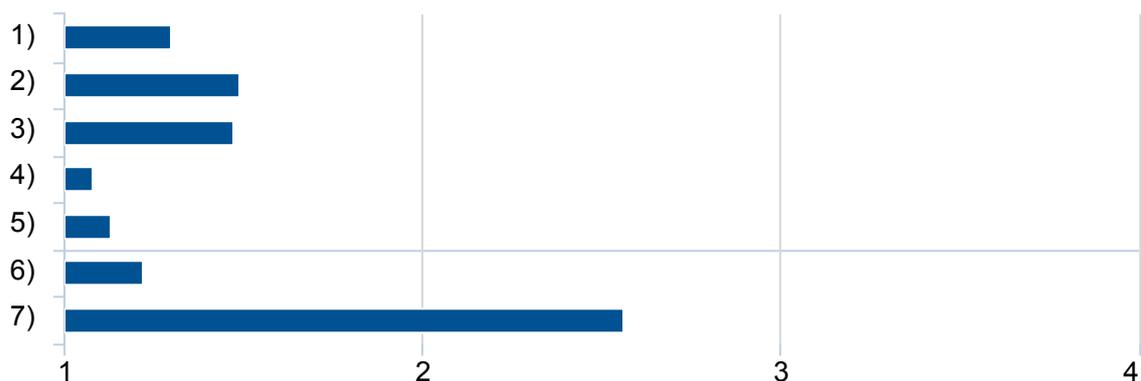
Beratung/Therapie, Ärztlicher Dienst, Administration

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	1.30	1.49	1.47	1.08	1.13

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Fragen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Klinik Selhofen	1.22	2.56	62	37.00 %

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Zufriedenheit der zuweisenden Ärzte und Sozialdienste ist im Allgemeinen sehr gut. Verbesserungspotential besteht in der Bekanntheit unserer Spezialprogramme D+ und Log-in.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

## Behandlungsqualität

### 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 (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	2015	2016	2017	2018
<b>Klinik Selhofen</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	5.27	6.45	8.46	9.39
Standardabweichung (+/-)	4.34	3.37	3.98	3.64
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	1.8	2.47
Anzahl auswertbare Fälle 2018				218
Anteil in Prozent				85.2 %

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCl	2015	2016	2017	2018
<b>Klinik Selhofen</b>				
BSCl Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	19.33	20.74	22.20	17.64
Standardabweichung (+/-)	23.73	29.88	30.60	28.90
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	1.18	-1.14
Anzahl auswertbare Fälle 2018				156
Anteil in Prozent				60.9 %

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

\* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken.

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

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

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

Die Messergebnisse beim HoNOS haben sich in den letzten Jahren stetig verbessert. Neue Mitarbeitende im Bereich der Psychotherapie besuchen jeweils die Interrater-Schulung von ANQ.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	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 Strategieentwicklung 2023

**Projektart:**

Strategieprojekt

**Projektziel:**

Strategieentwicklung 2023 sowie Erstellung von Detailkonzepten

**Projekttablauf /Methodik:**

- Recherchen, Umfeldanalysen
- Reiraite mit Stiftungsrat und Geschäftsleitung
- Erstellung Konzept Strategieentwicklung
- Ausarbeitung und Umsetzung der Detailkonzepte

**Involvierte Berufsgruppen:**

- Erarbeitung: Stiftungsrat, Geschäftsleitung
- Umsetzung: alle Mitarbeitenden

**Projektevaluation:**

- Weiterentwicklung des Behandlungsangebotes, Patientenzufriedenheit

#### 18.1.2 ICT Strategie

**Projektart:**

ICT Projekt

**Projektziel:**

Systematische Analyse verschiedener ICT Themenfelder und ICT Systeme als Entscheidungsgrundlage für die zukünftige ICT Strategie

**Projekttablauf / Methodik:**

- Bewertung verschiedener Themenfelder (KIS, Betriebssysteme, Rechnungswesen, Compliance)
- SWOT Analyse zu den obengenannten Themenfeldern
- Szenarien für Entwicklung der ICT Organisation
- Dokumentation der Entscheidungsgrundlagen

**Projektevaluation:**

- Vorliegen einer ICT-Strategie

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

### 18.2.1 Erfolgreiche Kodierrevision

**Projektart:**

ICT-/Finanzprojekt

**Projektziel:**

- Abrechnung nach TARPSY 2.0
- Kodierrevision 2019 bestehen

**Projekttablauf /Methodik:**

- Vorbereitung mit TARPSY-Revisorin
- Ableitung und Umsetzung von Massnahmen
- Schulung der Mitarbeitenden

**Involvierte Berufsgruppen:**

Administration, ICT, medizinisches Personal, therapeutisches Personal

**Projektelevaluation:**

Kodierrevision 2019 bestanden

### 18.2.2 Neuorganisation Reinigungsdienst

**Projektart:**

Organisationsentwicklungsprojekt

**Projektziel:**

Neuorganisation des Reinigungsdienstes, Qualitätsverbesserung

**Projekttablauf /Methodik:**

- Analysen des bestehenden Reinigungsdienstes
- Beratung durch Facilitymanagement-Experten
- Neuorganisation des Reinigungsdienstes
- Erhöhung der personellen Ressourcen
- Überarbeitung der detaillierten Reinigungspläne
- Überarbeitung der detaillierten Einsatzpläne

**Involvierte Berufsgruppen:**

Reinigungspersonal, Technischer Dienst

**Projektelevaluation:**

- Aktualisierte Reinigungspläne im Qualitätshandbuch
- Visierte Reinigungspläne
- Stichprobenkontrollen

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Einführung EFQM

**Projektart:**

Zertifizierungsprojekt

**Projektziel:**

Einführung EFQM

**Projektlauf/Methodik:**

- Schulung zu EFQM durch SAQ
- Selbstbewertung ausfüllen
- Aktionsplan definieren
- Umsetzung der Verbesserungsprojekte
- Vorbereitung der Validierung

**Involvierte Berufsgruppen:**

Erarbeitung: Qualitätsverantwortliche, Geschäftsleitung

Umsetzung: Alle Bereiche

**Projektergebnis:**

Zertifizierung nach EFQM

## 19 Schlusswort und Ausblick

Ausblickend auf die nächsten Jahre können folgende Themenschwerpunkte festgehalten werden:

- Schwerpunkt des Qualitätsmanagements ist nach wie vor die Ausrichtung unserer Angebote und Prozesse auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten sowie weiterer Anspruchsgruppen wie z.B. Angehörige oder Zuweisende.
- 2019 wurde in einer Klausurtagung mit dem Stiftungsrat über die strategische Ausrichtung und Weiterentwicklung des Angebots diskutiert. In den Folgejahren wird die beschlossene Strategie umgesetzt.
- Der bedarfsgerechte Ausbau des ambulanten Bereichs wird auch in den nächsten Jahren zentral sein. Dabei wird es vor allem darum gehen, den Bekanntheitsgrad des Angebots bei Patientinnen und Patienten sowie 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.

## 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 [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Psychiatrie

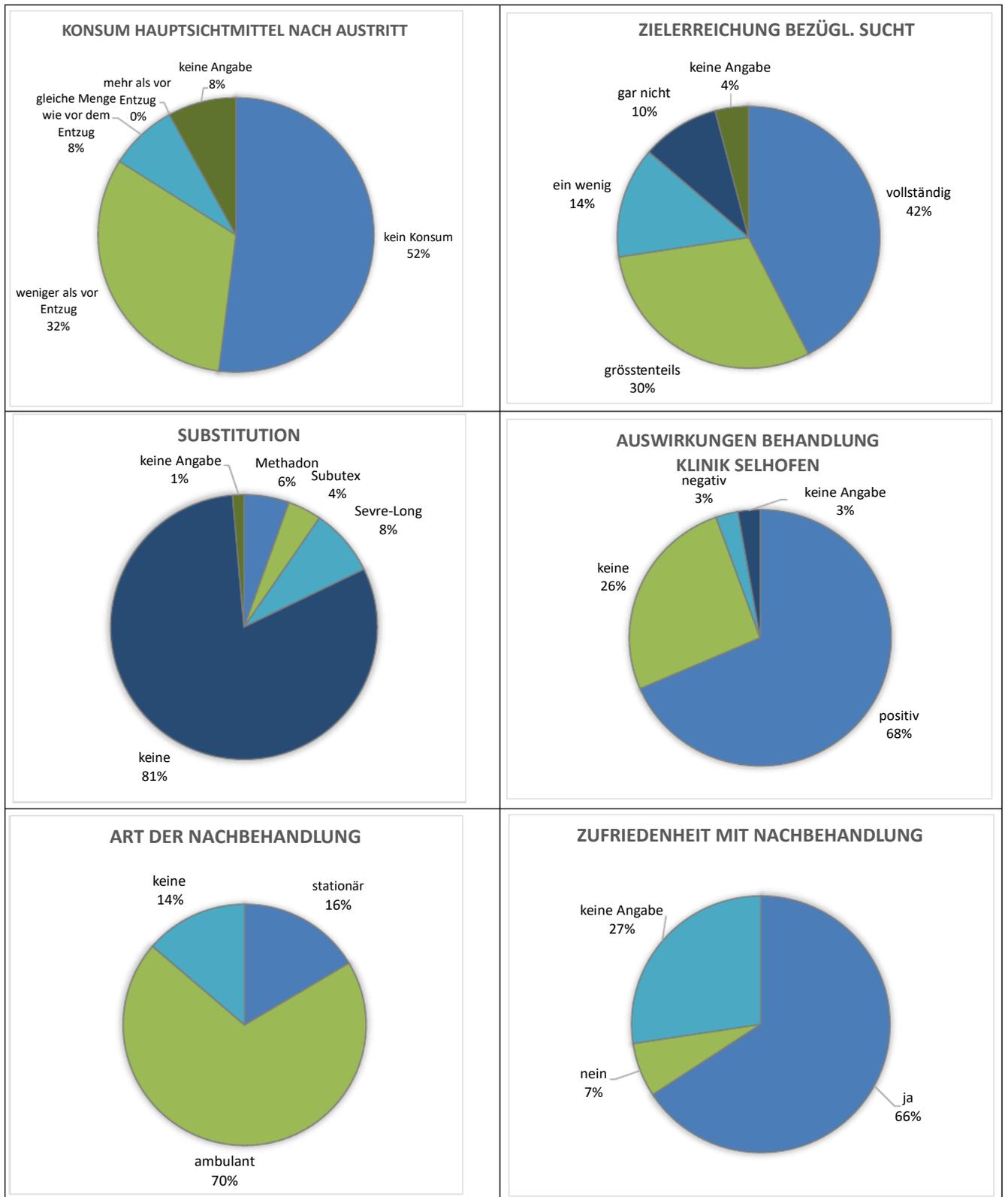
#### Leistungsangebot in der Psychiatrie

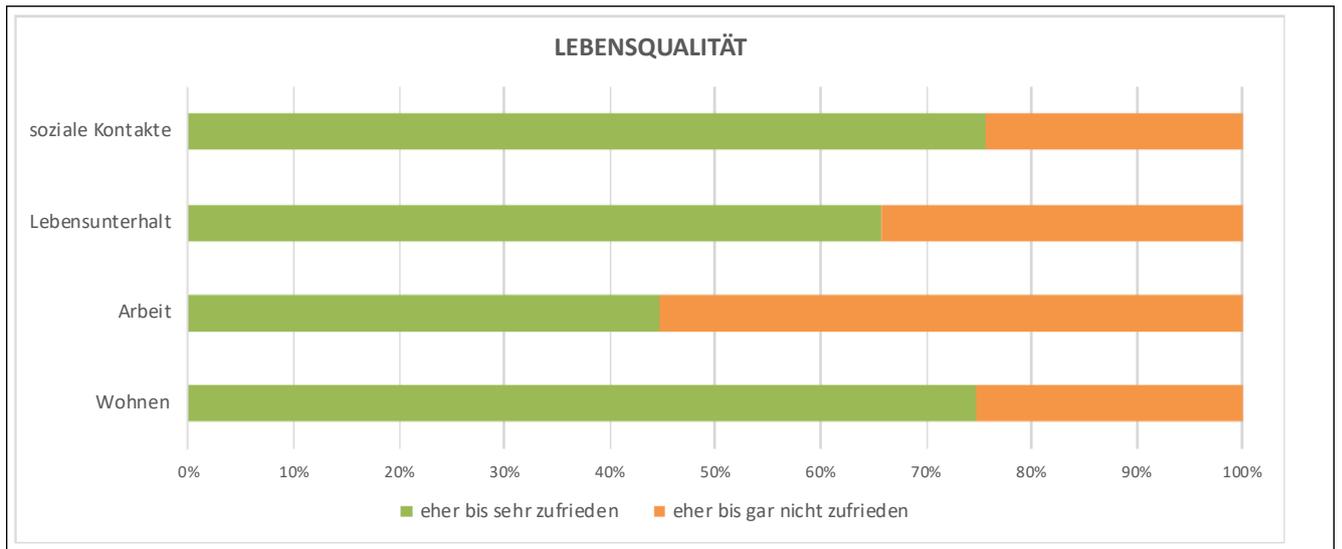
ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Indikator	2019	Bemerkungen
<b>Aufenthaltsstage</b>	9355	
Auslastung gesamt %	94%	
Anteil Ausserkantonale %	33%	
<b>Eintritte total</b>	274	
Wartezeit Ø Tage	15	ab "bereit zum Eintritt"
Alter bei Eintritt Ø	38	
Herkunft Kanton Bern %	60%	Herkunft Stadt Bern und Kt. Bern
Herkunft ausserkantonale (Personen) %	40%	
Eintritte freiwillig %	100%	
Eintritte Massnahme / FU %	0%	
<b>Austritte total</b>	277	
Austritte regulär %	68%	
Behandlungsabbrüche %	32%	inkl. Frühabbrüche
Frühabbrüche (< 4 Tage) %	3%	
Entzug abgeschlossen %	82%	körperliche Entgiftung bei Austritt abgeschlossen
<b>Anschlussituation nach Austritt</b>		
Austritt mit stationären Anschluss	13%	
Austritt mit ambulanten Anschluss	44%	
Austritt ohne professionellen Anschluss	11%	
<b>Aufenthaltsdauer</b>		
Aufenthaltsdauer Ø Tage	34	
Aufenthaltsdauer geplanter Austritte Ø Tage	40	
<b>Zielerreichung</b>		
Zielerreichung regulärer Austritte Patienten	5.9	Skala 1-7, 1 = kein Ziel erreicht, 7 = Ziele vollständig erreicht
Zielerreichung regulärer Austritte Fallmanagement	5.6	
<b>Zufriedenheit</b>		
Patientenbefragung Rücklauf %	95%	Befragung der regulär Austretenden
Patientenzufriedenheit %	93%	zufrieden bis sehr zufrieden

### Auswertung Katamnese-2019

Die untenstehenden Ergebnisse beziehen sich auf die Katamnesebefragung von Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1.1.-31.12.2019 ausgetreten sind. Es wurden insgesamt 240 Katamnesefragebogen verschickt, wovon 75 zurückgeschickt wurden. Dies entspricht einem Rücklauf von 31%. In 118 Fällen wurde durch die Patientenadministration eine telefonische Nachfrage getätigt, wobei dies in 15 Fällen zum Rücklauf führte (20% aller zurückgeschickten Fragebogen).





## 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/qualitaetsbericht/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/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 (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/)



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.spitalinfo.ch](http://www.spitalinfo.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**):

[www.samw.ch](http://www.samw.ch).