

Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

2.5.2021
Regine Gysin, Direktorin

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 2020.

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 2020

Frau
Tatjana Hulliger
betriebswirtschaftliche Mitarbeiterin
034 420 41 41
tatjana.hulliger@selhofen.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform spitalinfo.ch zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
4.5 Registerübersicht	
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	15
QUALITÄTSMESSUNGEN	16
Befragungen	17
5 Patientenzufriedenheit	17
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	17
5.2 Eigene Befragung	19
5.2.1 Patientenzufriedenheit	19
5.3 Beschwerdemanagement	21
6 Angehörigenzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	22
7.1 Eigene Befragung	22
7.1.1 Mitarbeiterbefragung	22
8 Zuweiserzufriedenheit	23
8.1 Eigene Befragung	23
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit	23
Behandlungsqualität	24
9 Wiedereintritte	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
10 Operationen	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
11 Infektionen	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
12 Stürze	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
13 Wundliegen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
15 Psychische Symptombelastung	24
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	24
16 Zielerreichung und Gesundheitszustand	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17 Weitere Qualitätsmessungen	

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

18	Projekte im Detail	26
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	26
18.1.1	ICT-Strategie	26
18.1.2	Weiterentwicklung Behandlungsangebot	26
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020	27
18.2.1	Erfolgreiche Kodierrevision	27
18.2.2	Umsetzung EPDG	27
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	28
18.3.1	Einführung EFQM	28
19	Schlusswort und Ausblick	29
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		30
	Psychiatrie	30
Anhang 2		31
Anhang 3		32
Herausgeber		33

1 Einleitung

Die Klinik Selhofen

Die Klinik Selhofen ist eine Suchtfachklinik für Männer und Frauen und bietet 27 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 Onlinesucht.

Behandlungsschwerpunkte sind:

- Körperliche Entgiftung
- Stabilisierung
- Integration
- Doppeldiagnosebehandlung
- Behandlung von Onlineabhängigkeit

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

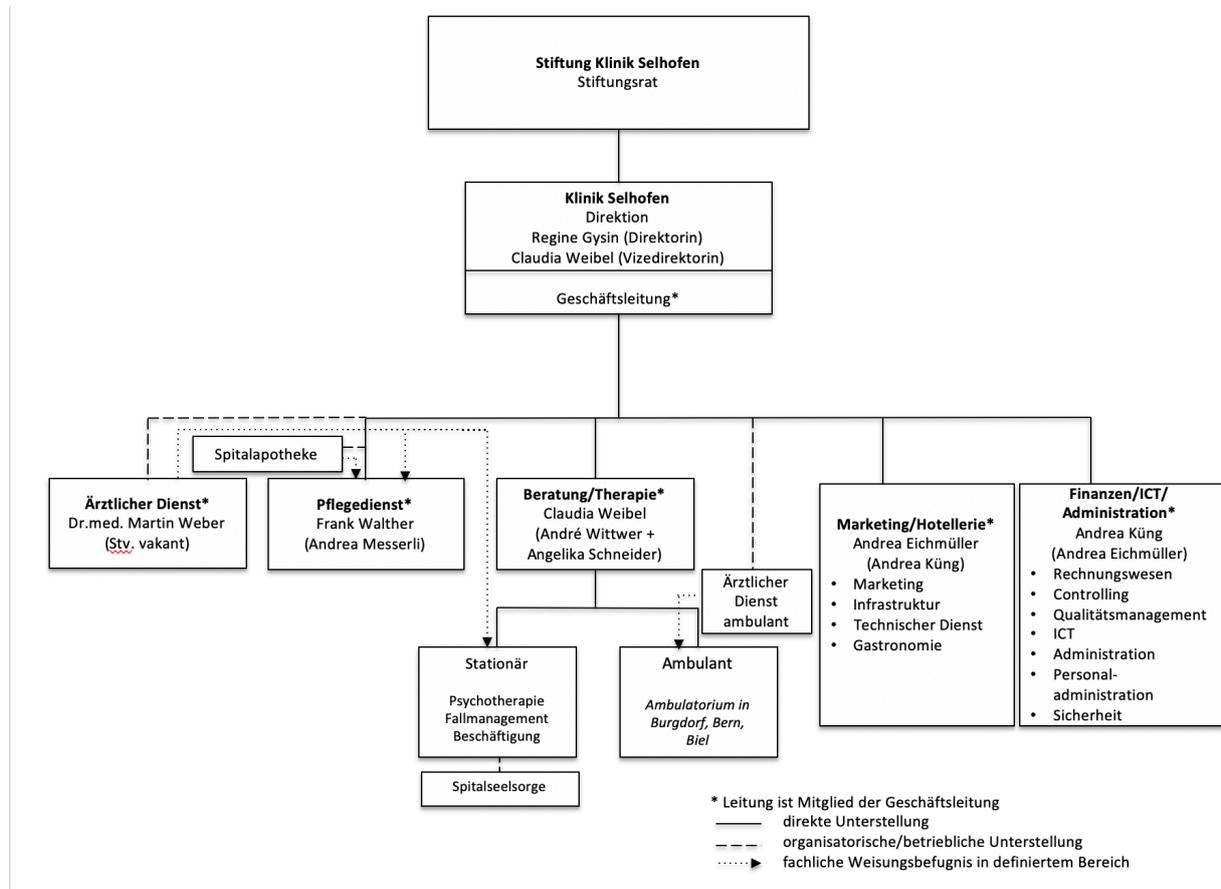
Die Suchtbehandlung in der Klinik Selhofen ist von einer kooperativen, flexiblen, positiv verstärkenden und ressourcenorientierten Haltung geprägt. Die Behandlung basiert auf systemischen, lösungsorientierten, verhaltens- und milieuthérapeutischen Ansätzen.

Weitere Information finden Sie auf unserer Website www.selhofen.ch.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Aufgabe im Bereich Finanzen/ICT/Administration verankert. Die Funktion ist der Bereichsleitung unterstellt, welche wiederum in der Geschäftsleitung vertreten ist.

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 Tatjana Hulliger
betriebswirtschaftliche Mitarbeiterin
034 420 41 41
tatjana.hulliger@selhofen.ch

Frau Jennifer Glauser
Mitarbeiterin Administration
034 420 41 41
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 Qualitätspföderung werden in den Qualitätsberichten (Qualitätsbericht H+, Auditberichten) dokumentiert.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

Weiterentwicklung Dienstleistungsangebot

Im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung hat die Klinik Selhofen sich dazu entschieden das Dienstleistungsangebot zu überprüfen und patientenorientiert weiterzuentwickeln. So wurde das neue Angebot "step-up" entwickelt. Dieses hat zum Ziel, Patientinnen und Patienten in ihrer Selbstständigkeit und Eigenverantwortung zu fördern und dadurch noch besser auf die Rückkehr in den Alltag vorzubereiten. Die Umsetzung des Angebots erfolgt im Jahr 2021.

Planung Zertifizierung 2021

Die Klinik Selhofen hat sich intensiv mit der zukünftigen Qualitätszertifizierung auseinandergesetzt. Im 2021 soll erstmals eine Zertifizierung nach EFQM erfolgen. Um dies zu erreichen, wurde das Zertifizierungsprojekt im Herbst 2020 gestartet.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

Umsetzung der Strategie 2023

Die Strategie wird umgesetzt. Ziele und Massnahmen werden im Rahmen der Jahreszielplanung festgelegt.

Einführung Zertifikat EFQM

Der Projektstart für die Einführung des EFQM-Zertifikats ist erfolgt. Der Kickoff hat im Herbst 2020 stattgefunden. Die Selbstbewertung nach EFQM konnte bis Ende 2020 durchgeführt werden.

Kodierrevision erfolgreich bestanden

Die Kodierrevision wurde erfolgreich bestanden.

Umsetzung EPDG

Die internen Vorbereitungsarbeiten zur Umsetzung des Eidgenössischen Gesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) sind mehrheitlich abgeschlossen. Wenige Anpassungen und Entwicklungen sind noch ausstehend.

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 2021 erfolgen. Nach dem Projektstart und der durchgeführten Selbstbewertung im 2020 sollen im Folgejahr drei Verbesserungsprojekte definiert und bearbeitet werden. Ende 2021 ist die Klinik erstmals EFQM zertifiziert.

REKOLE- Zertifizierung

Die Klinik wird erfolgreich rezertifiziert.

Umsetzung EPDG

Die internen Vorbereitungsarbeiten zur Umsetzung des Eidgenössischen Gesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) können vollständig abgeschlossen werden. Die dafür notwendigen Unterlagen werden eingereicht.

Entwicklung Qualitätsstandards fürs neue Angebot "step-up"

Die für das neue Dienstleistungsangebot "step-up" notwendigen Qualitätsdokumente und -vorgaben (Prozesse, Kennzahlen) werden im 2021 erarbeitet bzw. bestehende Dokumente (z.B. Fragebogen Patientenzufriedenheit, Marketingdokumente) werden entsprechend angepasst.

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, curafutura 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.

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

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"> ▪ ANQ

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>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenzufriedenheit

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Behandlungsangebot "step-up"

Ziel	Überprüfung und Weiterentwicklung des stationären Behandlungsangebots
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend bis 2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Prüfung des Angebots (z.B. neue Angebote, neue Zielgruppen,...)
Methodik	Projektgruppen, Personalretraiten
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	Teilprojekte werden regelmässig evaluiert

Überprüfung Richtlinien Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Ziel	Umsetzung und Einhaltung der Richtlinien betreffend Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik und Ambulatorien
Projekt: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz sicherstellen, Einhaltung der aktuellen Vorgaben
Methodik	Überprüfung der Checklisten Arbeitssicherheit Schweiz, Anpassung der internen Vorgaben und Abläufe
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	Besprechung der Checklisten/Ergebnisse in der Sicherheitskommission, Massnahmenplanung mit Visum

Zertifizierung EFQM

Ziel	erfolgreiche Zertifizierung EFQM
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik und Ambulatorien
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2020-2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Sicherstellung eines ausgezeichneten Qualitätsstandards, Zertifizierung als Instrument zur kontinuierlichen Verbesserung und mit Aussenwirkung
Methodik	Durchlaufen des Zertifizierungsprozesses nach Vorgaben von SAQ
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässige Berichte z.h. der GL, Vorstellung an Retraite, Zertifizierung

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Interne Audits

Ziel	kontinuierliche Verbesserung in allen Prozessen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Klinik und Ambulatorien
Aktivität: Laufzeit (seit...)	fest etabliert
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Identifizierung von Verbesserungspotenzial
Methodik	regelmässige interne Audits: Auswahl von 2-3 Prozessen pro Jahr, Befragung der involvierten Mitarbeitenden durch Mitglieder des Qualitätszirkels
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	Besprechung der Ergebnisse, Rückmeldung an Geschäftsleitung, evtl. Ableitung von Massnahmen

Q-Buch

Ziel	Aktualität aller geschäftsrelevanten Prozesse und Vorgaben sicherstellen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Klinik und Ambulatorien
Aktivität: Laufzeit (seit...)	fest etabliert
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Abläufe, Prozesse und Dokumente unterliegen einem steten Wandel. Damit die Effizienz, Effektivität und somit auch die Qualität hoch gehalten werden kann, müssen die geschäftsrelevanten Dokumente aktuell gehalten werden.
Methodik	jährliche Überprüfung und bei Bedarf Anpassung der Dokumente im Q-Buch (elektronische Ablage der geschäftsrelevanten Dokumente)
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	Abschluss der Q-Buch-Überarbeitung

Qualitätszirkel

Ziel	Austausch zum Thema Qualitätssicherung
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Klinik und Ambulatorien
Aktivität: Laufzeit (seit...)	fest etabliert
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	interdisziplinärer Austausch zum Thema Qualität sicherstellen
Methodik	regelmässiger Austausch zum Thema Qualitätssicherung und Qualitätsweiterentwicklung
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	Protokolle zuhanden der GL, Erarbeitung von Massnahmen

internes Verbesserungsmanagement

Ziel	kontinuierliche Verbesserung
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Klinik und Ambulatorien
Aktivität: Laufzeit (seit...)	fest etabliert
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Identifizierung von Verbesserungspotenzial, Steigerung der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit
Methodik	sämtliche Personen können mittels Meldeformular Kritik anbringen und allenfalls auch gleich einen Verbesserungsvorschlag machen. Die Eingaben werden erfasst und der zuständigen Person zur Bearbeitung weitergeleitet.
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	Abschluss der jeweiligen Meldungen durch Rückmeldung an den Absender des Meldeformulars, Definition und Umsetzung von Massnahmen

Marketing

Ziel	Beziehungspflege mit allen Austauschpartnern
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ressort Marketing, alle Mitarbeitenden
Aktivität: Laufzeit (seit...)	laufend
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
Methodik	Z.B. Kampagnen, Versände
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	Z.B. durch Anzahl Besuche auf der Webseite, Anmeldungen von Patient/innen

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: 2021

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 Jahr 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie 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	Vorjahreswerte 2018	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2019 (CI* = 95%)
Klinik Selhofen		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	3.90	3.94 (3.70 - 4.18)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.68	4.58 (4.37 - 4.79)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.29	4.34 (4.13 - 4.56)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	4.17	3.91 (3.58 - 4.23)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	4.44	4.26 (3.98 - 4.53)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.27	4.13 (3.87 - 4.39)
Anzahl angeschriebene Patienten 2019		46
Anzahl eingetreffener Fragebogen	44	Rücklauf in Prozent 96 %

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* 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.

Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

Von 2017 auf 2018 konnte in allen Bereichen eine Steigerung der Patientenzufriedenheit festgestellt werden. Die Patientinnen und Patienten beurteilten ihre Zufriedenheit in sämtlichen Bereichen als gut bis ausgezeichnet. Die positiven Werte von 2018 konnten auch im Bewertungsjahr 2019 hochgehalten werden. Es gab bei sämtlichen Fragen leichte Abweichungen in beide Richtungen. Besonders positiv fällt die erneute Steigerung in der Information und Kommunikation (Antworten) auf. Hingegen am meisten rückläufig war das Ergebnis die Medikation betreffend, obschon auch hier 74% der Patientinnen und Patienten überwiegend bis vollumfänglich mit der Behandlung zufrieden waren.

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 (≥ 16 Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni 2019 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Patientenzufriedenheit

Wir legen einen hohen Wert auf die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten. Ihre Rückmeldungen zur Zufriedenheit ihren Aufenthalt betreffend, sind für die Identifikation von Verbesserungspotenzial und die Aufrechterhalten eines hohen Qualitätsstandards von grosser Bedeutung. Somit ist die Patientenzufriedenheit ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements.

Unsere Befragung beinhaltet 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

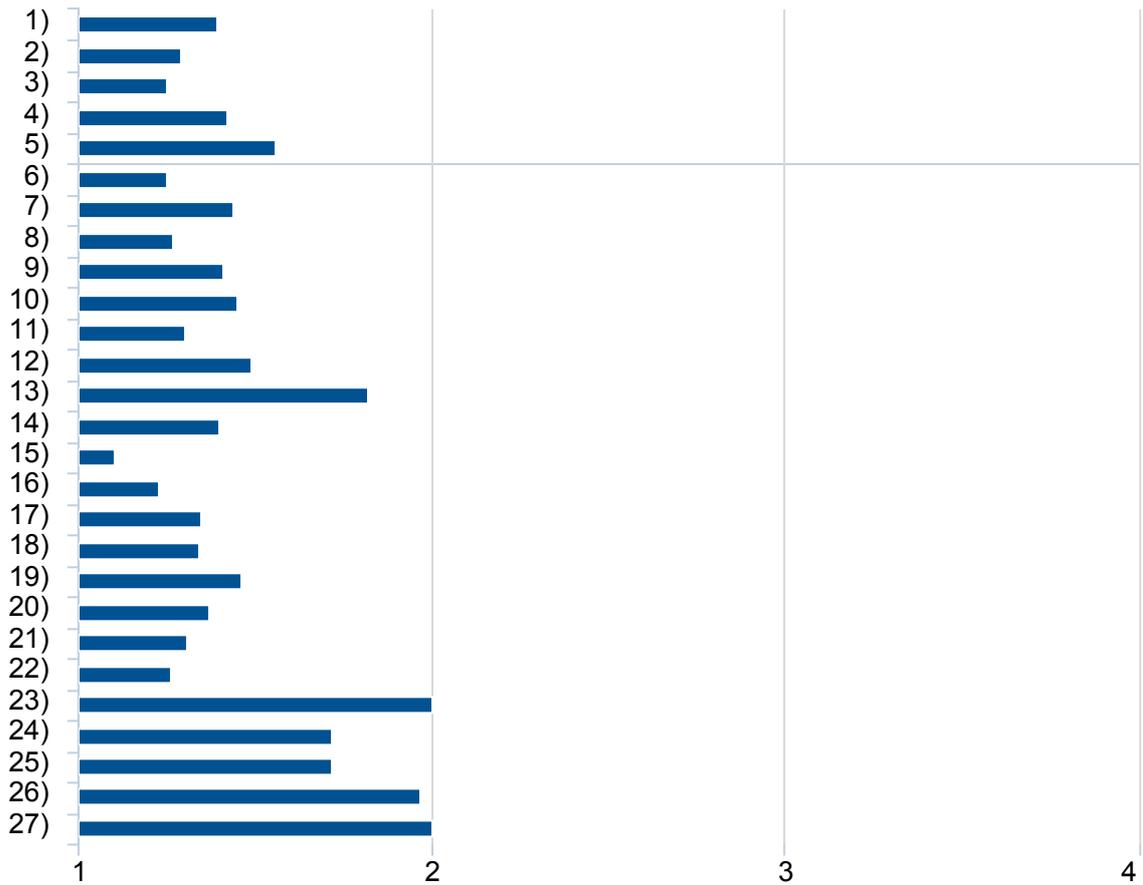
Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
gesamte Klinik

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 der Tagesstruktur.
- 13) Die Besuchs- und Ausgangsregeln ermöglichen mit eine angemessene Freizeitgestaltung.
- 14) Die Unterlagen und Informationen über die Klinik Selhofen sind gut verständlich.
- 15) Ich finde das Essen im Allgemeinen gut.
- 16) Mein Zimmer genügt meinen Ansprüchen.
- 17) Ich werde vom Mitarbeiterteam ernst genommen und genügend in die Behandlungsplanung einbezogen.
- 18) Ich arbeite an den Zielen, die ich mir für den Aufenthalt in der Klinik Selhofen gesetzt habe.
- 19) Ich erhalte vom Mitarbeiterteam genügend Unterstützung bei der Vorbereitung einer geeigneten Anschlusslösung.
- 20) Ich fühle mich als Mann / Frau mit meinen spezifischen Anliegen verstanden und unterstützt.
- 21) Wenn ich wieder Hilfe bräuchte, würde ich wieder in die Klinik Selhofen kommen.
- 22) Ich würde meinem Freund die Klinik Selhofen empfehlen, wenn er ähnliche Hilfe benötigen würde.
- 23) Ich bin zufrieden mit der Basisgruppe.
- 24) Ich bin zufrieden mit der Kompetenzgruppe.
- 25) Ich bin zufrieden mit der Persönlichkeitsgruppe.
- 26) Ich bin zufrieden mit der Motivationsgruppe.
- 27) 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	1.39	1.29	1.25	1.42	1.56

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	6)	7)	8)	9)	10)
Klinik Selhofen	1.25	1.44	1.27	1.41	1.45

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	11)	12)	13)	14)	15)
Klinik Selhofen	1.30	1.49	1.82	1.40	1.10

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	16)	17)	18)	19)	20)
Klinik Selhofen	1.23	1.35	1.34	1.46	1.37

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	21)	22)	23)	24)	25)
Klinik Selhofen	1.31	1.26	2.00	1.72	1.72

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Fragen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	26)	27)		
Klinik Selhofen	1.97	2.00	217	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.
Im Vergleich zum Vorjahr konnte die Zufriedenheit in den meisten Bereichen nochmals verbessert werden.

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

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 Jahr 2019 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2023.

Die Befragung hat in allen Bereichen der Klinik stattgefunden.

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 im Jahr 2019 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2021.

Beratung/Therapie, Ärztlicher Dienst, Administration

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

Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet.

HoNOS Adults	2016	2017	2018	2019
Klinik Selhofen				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	6.45	8.46	9.39	10.36
Standardabweichung (+/-)	3.37	3.98	3.64	3.99
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	1.8	2.47	2.91
Anzahl auswertbare Fälle 2019				231
Anteil in Prozent				83.4 %

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCCL	2016	2017	2018	2019
Klinik Selhofen				
BSCCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	20.74	22.20	17.64	21.36
Standardabweichung (+/-)	29.88	30.60	28.90	31.79
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	1.18	-1.14	-3.53
Anzahl auswertbare Fälle 2019				181
Anteil in Prozent				65.4 %

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Messergebnisse beim HoNOS konnten nochmals gesteigert werden. Das Resultat 2019 der Klinik Selhofen war im Klinikvergleich überdurchschnittlich positiv.

Der BSCCL konnte zum, Vorjahr wieder verbessert werden. Das Messergebnis 2019 liegt im Klinikvergleich im durchschnittlichen Bereich. 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 BSCCL (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 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

Projektelevaluation:

- Vorliegen einer ICT-Strategie

18.1.2 Weiterentwicklung Behandlungsangebot

Projektart

Dienstleistungsprojekt

Projektziel

Bedarfsorientierte Weiterentwicklung des Behandlungsangebots. Ergänzung des bisherigen Angebots durch ein zusätzliches patientenorientiertes Therapieangebot.

Projekttablauf / Methodik

Bedarfserhebung und Ideensammlung

Erarbeitung Grobkonzept und Genehmigung durch Stiftungsrat

Machbarkeitsprüfung und anschliessend Vorbereitungsarbeiten für Umsetzung

Teamretraite als Soundingboard

Erarbeitung Detailkonzept und Kennzahlen

Umsetzung

Involvierte Berufsgruppen

Interdisziplinär mit Schwerpunktbereich Beratung und Therapie

Geschäftsleitung / Stiftungsrat

Projektelevaluation

Umsetzung des Projekts im 2021

Erste Kennzahlen Ende 2021

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

18.2.1 Erfolgreiche Kodierrevision

Projektart:

ICT-/Finanzprojekt

Projektziel:

- Abrechnung nach TARPSY 2.0
- Kodierrevision zum Leistungsjahr 2019 bestehen

Projekttablauf /Methodik:

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

Involvierte Berufsgruppen:

Administration, ICT, medizinisches Personal, therapeutisches Personal

Projektelevaluation:

Kodierrevision 2019 bestanden

18.2.2 Umsetzung EPDG

Projektart

ICT-Projekt

Projektziel

Die Klinik Selhofen ist bereit für die Einführung des elektronischen Patientendossiers. Die dafür notwendigen Vorbereitungsarbeiten sind abgeschlossen.

Projekttablauf / Methodik

- Klären der Anforderungen / Rahmenbedingungen
- Identifizierung des Anpassungs- und Änderungsbedarfs
- Umsetzung der Anforderungen gemäss EPDG
- Zertifizierung

Involvierte Berufsgruppen

ICT

Projektelevaluation

Zertifizierung gem. EPDG

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Einführung EFQM

Projektart:

Zertifizierungsprojekt

Projektziel:

Einführung EFQM

Projektlauf/Methodik:

- Schulung zu EFQM durch SAQ
- Selbstbewertung ausfüllen und Verbesserungspotenzial identifizieren
- Verbesserungsprojekte definieren
- Aktionspläne definieren
- Umsetzung der Verbesserungsprojekte
- Validierung

Involvierte Berufsgruppen:

Erarbeitung: Qualitätsverantwortliche, Geschäftsleitung

Umsetzung: Alle Bereiche

Projektelevaluation:

Zertifizierung nach EFQM

19 Schlusswort und Ausblick

Ausblickend auf die nächsten Jahre können folgende Themenschwerpunkte festgehalten werden:

- Schwerpunkte des Qualitätsmanagements sind einerseits die Sicherstellung eines hohen Qualitätsstandards und die Einhaltung der Qualitätsvorgaben sowie andererseits die bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements. Mit der erstmaligen Zertifizierung nach EFQM im Jahr 2021 möchte die Klinik einen neuen Blickwinkel auf das Thema Qualitätssicherung erhalten und neue Inputs für die Weiterentwicklung der internen Aufbau- und Ablauforganisation gewinnen. Ziel ist, dass die Ausrichtung unserer Angebote und Prozesse auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten sowie weiterer Anspruchsgruppen wie z.B. Angehörige, Zuweisende und Mitarbeitende abgestimmt ist und wir unsere Abläufe effizient und effektiv gestalten können.
- In den kommenden Jahren werden wir uns mit der Entwicklung und der Umsetzung des Qualitätskonzepts zur Erfüllung der Vorgaben aus der KVG-Revision, insbesondere Art. 58a KVG und Art. 77 KVV auseinandersetzen. Im Rahmen der nationalen Vorgaben werden neue, derzeit noch unbekannte Anforderungen auf uns zukommen.
- 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 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

Anhang 1: Übersicht Berichtsjahr 2020

Die Fälle und Pfl egetage 2020 bewegen sich auf dem Niveau des Vorjahres. Entsprechend konnte auch die hohe Auslastung beibehalten werden. Erneut gestiegen ist die Zahl der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, wobei sich eine breitere Verteilung auf unterschiedliche Herkunftskantone zeigt. Rund 80 Prozent der Patientinnen und Patienten haben den Entzug erfolgreich abgeschlossen und über 70 Prozent der Austritte erfolgten geplant. Dies widerspiegelt sich auch in einer hohen Zielerreichung aus Sicht der Patientinnen und Patienten.

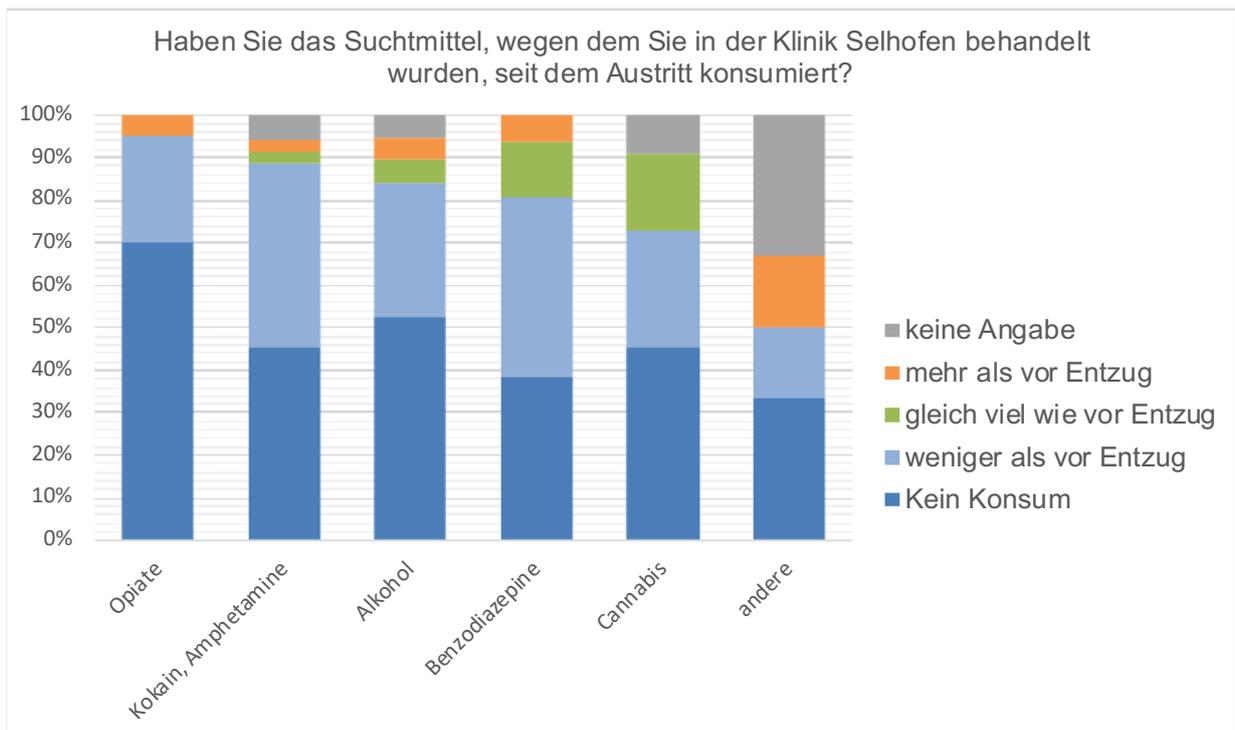
Kennzahlen	2020	2019	Bemerkungen
Aufenthalt			
Anzahl Aufenthaltstage	9'315	9'355	
Aufenthaltsdauer Ø Tage	33	34	
Auslastung gesamt %	96%	99%	2019: 26 Betten, 2020: 27 Betten
Anteil Ausserkantonale %	40%	33%	
Eintritte			
Anzahl Eintritte	290	274	
Wartezeit Ø Tage	8	15	ab "bereit zum Eintritt"
Alter bei Eintritt Ø	38	38	
Austritte			
Anzahl Austritte	279	277	
Austritte regulär %	71%	68%	
> davon mit stationären Anschluss	13%	13%	
> davon mit ambulanten Anschluss	47%	44%	
> davon ohne professionellen Anschluss	10%	11%	
Behandlungsabbrüche %	29%	32%	inkl. Frühabbrüche
Frühabbrüche (< 4 Tage) %	5%	3%	
Entzug abgeschlossen %	78%	82%	körperliche Entgiftung bei Austritt abgeschlossen
Zielerreichung regulärer Austritte Patienten	5.6	6.0	Skala 1-7, 1 = kein Ziel erreicht, 7 = vollständig erreicht

Anhang 2: Katamnese 2020

Die Katamnesebefragung wird drei Monate nach Austritt durchgeführt. Voraussetzung ist, dass die befragte Person mindestens sieben Tage in der Klinik in Behandlung war. Im 2020 wurden hierzu 240 Fragebogen verschickt, wovon 34% an die Klinik ausgefüllt retourniert wurden (= 75 Fragebogen).



Ähnlich wie im Vorjahr haben rund 75% der Patientinnen und Patienten ihre persönlichen Behandlungsziele zum Zeitpunkt ihres Austritts grösstenteils bzw. mehrheitlich sogar vollständig erreicht. Entsprechend haben 82% der Patientinnen und Patienten nach Behandlungsabschluss eine Verbesserung ihrer Lebenssituation wahrgenommen. Im Vergleich zum Vorjahr ist dies eine Steigerung von rund 14%. Rund die Hälfte der Patientinnen und Patienten konsumierte das Hauptsuchtmittel zum Befragungszeitpunkt nicht mehr. Etwa ein Drittel der befragten Personen gab an, weniger als vor der Behandlung zu konsumieren. Diese Werte entsprechen ungefähr denen des Vorjahres.



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/



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 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/



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 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



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



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.