

Qualitätsbericht 2021

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

25.5.2022
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 2021.

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 2021

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

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualittsgeschehen

Mit grossem Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen mit der H+ Qualitätsberichts-vorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

2021 war aufgrund der andauernden Covid-19-Pandemie wiederum ein forderndes Jahr für die Schweizer Spitäler und Kliniken und ihr Personal. Zur Entlastung der Institutionen wurde die Messung der postoperativen Wundinfektionen von Swissnoso zeitweise erneut unterbrochen. Zum zweiten Mal in Folge wurde zudem entschieden, die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen; auch fanden keine IQM Peer Reviews statt.

Im Qualittsumfeld der Spitäler und Kliniken tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft trat. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+, die Verbnde der Krankenversicherer santésuisse und curafutura sowie die Medizinal-Tarifkommission MTK ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Daraus resultierte ein Qualittsvertrag, welcher dem Konzept die notige Verbindlichkeit verleiht. Die Ergebnisse der neuen Vorgaben sollen zukünftig auf der Plattform spitalinfo.ch publiziert und in den H+ Qualitätsbericht integriert werden. Ein entsprechendes Publikationskonzept liegt vor.

Weiter wurde 2021 der Vorstoss von Ruth Humbel angenommen, welcher einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Leistungserbringer und deren Mitarbeitenden bei Lernsystemen vorsieht. Der Vorstoss legt die gesetzliche Grundlage für eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den Spitälern.

Ein wichtiger Meilenstein wurde auch im nationalen Projekt «Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie» der Allianz Peer Review CH erreicht. Die in den letzten drei Jahren erarbeiteten Umsetzungsvorschläge konnten in einigen Kliniken erfolgreich erprobt werden. Die Bereitschaft der Fachpersonen und entsprechende Schutzmassnahmen in den Institutionen ermöglichten es, vier Pilot-Reviews in der Psychiatrie durchzuführen.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifische Ergebnisse. 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 transparent und umfassend auf, damit ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	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 2021	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021	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	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	16
4.5 Registerübersicht	
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	17
QUALITÄTSMESSUNGEN	18
Befragungen	19
5 Patientenzufriedenheit	19
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	19
5.2 Eigene Befragung	21
5.2.1 Patientenzufriedenheit	21
5.2.2 Katamnesebefragung	23
5.3 Beschwerdemanagement	24
6 Angehörigenzufriedenheit	
Es wurde versucht die Zufriedenheit mittels Fragebogen zu erheben. Da der Rücklauf so gering war, wurde auf die Weiterführung verzichtet.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	25
7.1 Eigene Befragung	25
7.1.1 Mitarbeiterbefragung	25
8 Zuweiserzufriedenheit	26
8.1 Eigene Befragung	26
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit	26
Behandlungsqualität	28
9 Wiedereintritte	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
10 Operationen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
11 Infektionen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
12 Stürze	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
13 Dekubitus	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung	28
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	28
16 Zielerreichung und Gesundheitszustand	

	Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
17	Weitere Qualitätsmessungen Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
18	Projekte im Detail	30
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	30
18.1.1	Umsetzung ICT-Strategie	30
18.1.2	Implementierung kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	30
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021	31
18.2.1	Umsetzung EPDG	31
18.2.2	Weiterentwicklung Behandlungsangebot	31
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	32
18.3.1	kein Zertifizierungsprojekt	32
19	Schlusswort und Ausblick	33
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	34
	Psychiatrie	34
	Anhang 2	35
	Anhang 3	36
	Herausgeber	37

1 Einleitung

Die Klinik Selhofen

Die Klinik Selhofen ist eine Suchtfachklinik für Männer und Frauen und bietet 32 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. Das umfassende Gesprächsangebot (Einzel-, Gruppen-, Standort-, Netzgespräche) wird durch Milieuthérapie, sowie durch ein vielfältiges Aktivierungs-, Entspannungs- und Sportangebot, welches integrativer Bestandteil der Therapie darstellt, ergänzt.

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

Haltung

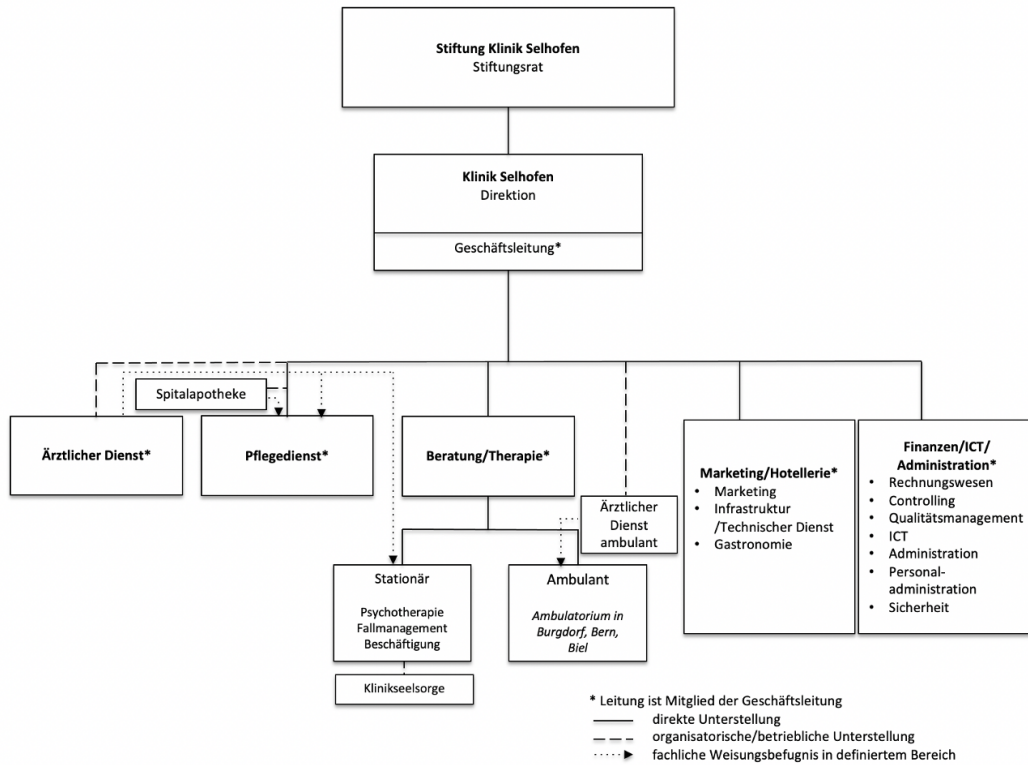
Die Suchtbehandlung in der Klinik Selhofen ist von einer kooperativen, flexiblen, positiv verstärkenden und ressourcenorientierten Haltung geprägt. Die Behandlung basiert auf systemischen, lösungsorientierten, verhaltens- und milieuthérapeutischen Ansätzen.

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 in der Geschäftsleitung Einsitz hat.

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
 Qualitätsbeauftragte
 034 420 41 41
tatjana.hulliger@selhofen.ch

Frau Jennifer Glauser
 Leitung 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 Qualitätsförderung 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 2021

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.

Mitte 2021 wurde das Angebot eingeführt und weiterentwickelt. Seit Ende 2021 ist step-up als weiterführendes Angebot fest im Betriebsalltag integriert.

EFQM Validierung

Die Klinik Selhofen hat sich intensiv mit der zukünftigen Qualitätszertifizierung auseinandergesetzt. Im Herbst 2020 startete das Projekt zur EFQM Validierung. Dieses konnte 2021 erfolgreich durchgeführt werden.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021

Umsetzung der Strategie 2023

Die aktuelle Vierjahresstrategie wird weiterhin umgesetzt. Ziele und Massnahmen werden im Rahmen der Jahreszielplanung festgelegt.

EFQM-Validierung

Im 2021 fand erstmals ein Validierungsprozess nach EFQM statt. Die drei zugehörigen Qualitätsprojekte wurden erfolgreich durchgeführt und führten zu Verbesserungsmassnahmen unter anderem in der Patientenbetreuung. Ebenso konnte ein systematischer kontinuierlicher Verbesserungsprozess etabliert und wichtige Erkenntnisse für die zukünftige Zusammenarbeit mit unseren Zuweisern/Nachbehandlern gewonnen werden. Im Dezember 2021 erhielt die Klinik Selhofen das EFQM-Gütesiegel.

Umsetzung EPDG

Die internen Vorbereitungen zur Umsetzung des elektronischen Patientendossiers wurden abgeschlossen. Die Klinik ist bereit, die Arbeiten mit dem EPD aufzunehmen.

Einführung Angebot Step-up

Das neue Angebot step-up wurde Mitte 2021 erfolgreich eingeführt. Das Angebot erfreut sich grosser Beliebtheit bei den Patient/innen. Die dazu notwendigen internen Koordinationsarbeiten sowie die Erarbeitung und Definition der Qualitätsdokumente und -vorgaben (Prozesse, Frageboogen, etc.) konnten fristgerecht abgeschlossen werden. Während den ersten 6 Monaten wurde das Projekt eng durch ein interdisziplinäres Fachteam und von Mitarbeitenden aus dem Qualitätsbereich begleitet. Durch diese Massnahme konnten Lücken oder Unstimmigkeiten rasch erkannt und behoben werden. Mittlerweile ist das Projekt gut in den Betriebsalltag eingebettet.

Rekolezertifizierung

Die REKOLE-Zertifizierung war erfolgreich. Die Klinik erfüllt die REKOLE-Standards.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Erarbeitung der Strategie 2024-2027

Die Erarbeitung der nächsten Vierjahresstrategie beginnt im Herbst 2022. Im Rahmen deren Ausarbeitung werden auch die Qualitätsziele der nächsten Strategieperiode definiert.

Überarbeitung Zuweiserbefragung

Ausgehend von der letztjährigen Erhebung der Zuweisererwartungen soll die Zuweiserbefragung überarbeitet werden. Dabei werden Inhalt, Periodizität und Methodik möglichst auf die Zuweisergruppen abgestimmt.

Erfüllung der Vorgaben aus den neuen Qualitätsverträgen

Sobald die neuen Qualitätsverträge in Kraft sind, werden unsere Qualitätskonzepte entsprechend den Vorgaben angepasst bzw. neu entwickelt. Die betrieblichen Qualitätsmassnahmen (solche aus den Q-Verträgen oder andere interne Massnahmen) sollen dabei so aufeinander abgestimmt sein, dass sie ein sinnvolles Ganzes ergeben.

Einführung kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

Im 2022 wurde ein systematischer KVP eingeführt. In den kommenden Jahren soll dieser Prozess fest in der Organisation etabliert und weiterentwickelt werden.

EFQM-Standards

Im Rahmen der Klinikstrategie soll das angestrebte Ziel hinsichtlich des EFQM-Qualitäts-Labels definiert werden. Entsprechend werden die Management- und Qualitätsstandards weiterentwickelt und kontinuierlich verbessert.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse, 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>
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– 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:
▪ 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>
▪ Patientenzufriedenheit ▪ Katamnesebefragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserzufriedenheit

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, Personalretrainen
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 bis 2022
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

Erarbeitung eines systematischen kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP)

Ziel	Identifizierung von Verbesserungspotenzial und somit Weiterentwicklung der Organisation
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik und Ambulatorien
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2021 (Implementierung ab 2022)
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Selbstanalyse und interne Workshops, Identifikation von Verbesserungspotential
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	Etablierung des neuen KVP ab 2022, Verbesserungsmassnahmen

Überarbeitung Standortgespräche

Ziel	Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Steigerung des Patientennutzen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	bessere Einbindung und Nutzung der Standortgespräche im Rahmen der Patientenbehandlung
Methodik	Datenauswertung, Interviews
Involvierte Berufsgruppen	ärztlicher Dienst, Beratung und Therapie
Evaluation Aktivität / Projekt	Überprüfung im Alltag

Erhebung Zuweisererwartungen

Ziel	Erwartungen unserer Zuweiser besser kennen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2021
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Zuweiserbefragung besser auf Zielgruppe abstimmen
Methodik	Onlineumfrage, Interviews
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	konkrete Verbesserungsmassnahmen bzgl. Angebot und Kommunikation mit unseren Zuweiserguppen

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Marketing

Ziel	Beziehungspflege mit allen Austauschpartnern
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Ressort Marketing, alle Mitarbeitenden
Aktivität: Laufzeit (seit...)	fest etabliert
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

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

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

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	2021	nächste Rezertifizierung: 2025
EFQM	ganze Klinik	2021	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		Zufriedenheitswert, Mittelwert 2021 (CI* = 95%)
	2018	2019	
Klinik Selhofen			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	3.90	3.94	4.08 (3.83 - 4.33)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.68	4.58	4.62 (4.41 - 4.84)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.29	4.34	4.41 (4.19 - 4.63)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	4.17	3.91	4.24 (3.91 - 4.57)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	4.44	4.26	4.32 (4.03 - 4.61)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.27	4.13	4.31 (4.04 - 4.57)
Anzahl angeschriebene Patienten 2021			52
Anzahl eingetroffener Fragebogen	47	Rücklauf in Prozent	
		90 %	

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.

Die für das Jahr 2020 geplanten Patientenbefragungen in der Rehabilitation und Psychiatrie wurden infolge der Covid-19-Pandemie auf das Folgejahr (2021) verschoben. Danach gilt der reguläre

2-Jahres-Rhythmus wonach von Seiten ANQ in diesen Bereichen jeweils in den geraden Jahren eine Patientenbefragung stattfindet.

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

Die Patientenzufriedenheit im 2021 konnte trotz Massnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie hochgehalten bzw. gesteigert werden. Vor allem in den Bereichen Medikation und Austrittsmanagement konnte die Zufriedenheit der Patient/innen erhöht werden.

Die Klinik Selhofen liegt im Klinikvergleich bei allen Werten über dem nationalen Durchschnitt.

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 2021 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	▪ 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 2021 durchgeführt.

Die Befragung umfasst die gesamte stationäre Klinik.

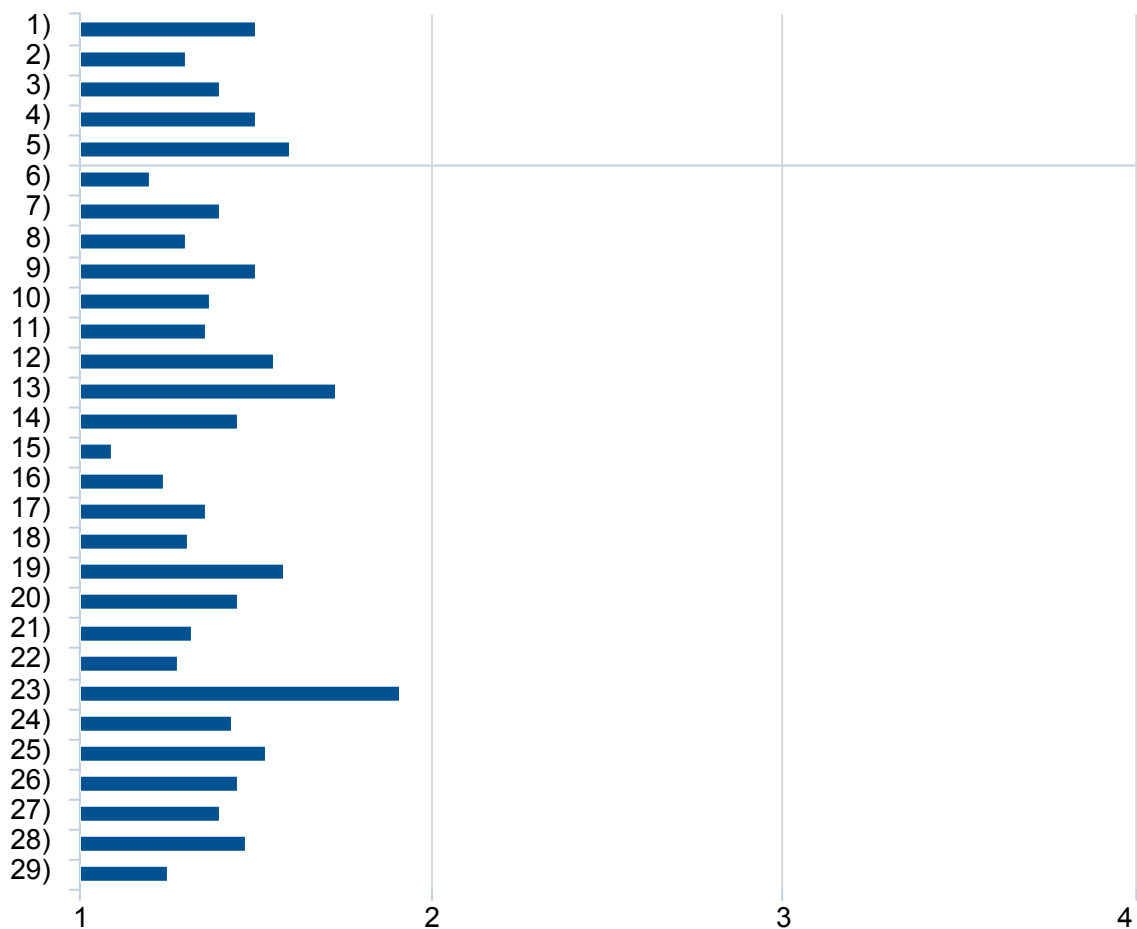
Sämtliche Patient/innen der Klinik Selhofen werden beim Austritt befragt, sofern es sich nicht um unerwartete Abbrüche handelt. Das Kollektiv besteht aus 234 retournierten Fragebogen.

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 insgesamt 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 Frau / als Mann mit meinen frauen-/männerspezifischen Anliegen verstanden und unterstützt.
- 21) Wenn ich wieder Hilfe bräuchte, würde ich wieder in die Klinik Selhofen kommen.
- 22) Ich würde einem Freund/einer Freundin die Klinik Selhofen empfehlen, wenn er/sie 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
- 28) Ich bin zufrieden mit der Gruppe step-up.

29) Ich bin zufrieden mit der ambulanten Gruppe.



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

■ Klinik Selhofen

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

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	6)	7)	8)	9)	10)
Klinik Selhofen	1.20	1.40	1.30	1.50	1.37

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	11)	12)	13)	14)	15)
Klinik Selhofen	1.36	1.55	1.73	1.45	1.09

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	16)	17)	18)	19)	20)
Klinik Selhofen	1.24	1.36	1.31	1.58	1.45

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	21)	22)	23)	24)	25)
Klinik Selhofen	1.32	1.28	1.91	1.43	1.53

Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Fragen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	26)	27)	28)	29)		
Klinik Selhofen	1.45	1.40	1.47	1.25	234	92.00 %

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.2.2 Katamnesebefragung

Die Katamnesebefragung gibt Auskunft über die Nachhaltigkeit der Therapie und misst das Wohlbefinden der Patient/innen in verschiedenen Lebensbereichen sowie das Konsumverhalten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Im Bereich Finanzen, ICT und Administration sind die Ressorts Controlling und Administration an der Katamnesebefragung beteiligt.

Die Katamnesebefragung wird bei Personen, die mindestens sieben Tage in Behandlung waren, drei Monate nach Austritt durchgeführt.

Im 2021 wurden 258 Fragebogen verschickt, wovon 29% an die Klinik retourniert wurden (=76).

Knapp die Hälfte der Personen gab an, ihr Hautsuchtmittel seit dem Therapieende nicht mehr konsumiert zu haben. Bei weiteren 44% hat sich der Konsum reduziert. Lediglich 2% der befragten Personen berichteten über einen gesteigerten Konsum.

Was die verschiedenen Lebensbereiche betrifft, so gaben 75% der Personen an, eher bis sehr zufrieden zu sein. Dies ist gegenüber dem Vorjahr eine deutliche Steigerung. Im 2020 schätzten sich 64% der Personen als eher bis sehr zufrieden ein.

Weiter Informationen und grafische Auswertungen zur Katamnesebefragung 2021 finden sich im Anhang 2 des vorliegenden Berichts.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Selhofen

Ombudsstelle für Spitalwesen des Kantons
Bern

-
-

032 331 24 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 Verbesserungspotenzial 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

Zuweiser/innen bzw. Nachbehandler sind wichtige Schlüsselpersonen, wenn es um die Spitalwahl geht. Die Zufriedenheitsmessung der Zuweiser/innen liefert wichtige Erkenntnisse darüber, wie diese die Zusammenarbeit mit der Klinik Selhofen erlebt haben und wie sie die Behandlungsqualität bzw. das Behandlungsergebnis beurteilen.

Die Zuweiserbefragung wird somit zur Messung der Zufriedenheit der Zuweiser/innen und zur Identifizierung von internem Verbesserungspotenzial durchgeführt.

Folgende Themen standen 2021 im Vordergrund:

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

Die Zuweiserbefragung fand im Rahmen der EFQM-Zertifizierung statt und wurde mittels zwei Erhebungsmethoden durchgeführt. Einerseits gab es eine breit angelegte Onlineumfrage. Diese umfasste: Ärzt/innen, Spitäler, Kliniken, andere stationäre und ambulante Institutionen im Gesundheitsbereich sowie Sozialdienste und andere Behörden. Ergänzend dazu wurden noch individuelle Leitfadeninterviews mit ausgewählten Schlüsselpersonen geführt. Diese persönlichen Kontakte lieferten uns spannende Erkenntnisse und Einblicke in wichtige Themen im Rahmen der Zusammenarbeit bzw. des Schnittstellenmanagements zu unseren Partnern.

Die folgenden abgebildeten Ergebnisse beziehen sich auf die Zufriedenheitsbefragung der online durchgeführten Erhebung.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 10.8.2021 bis 30.11.2021 durchgeführt.

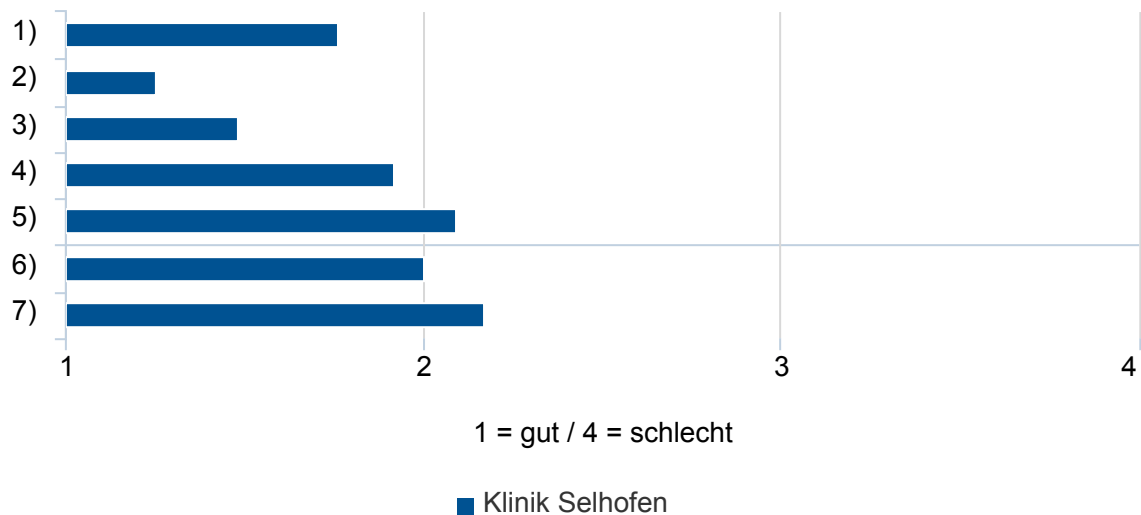
Von der Klinik waren die Bereiche Beratung und Therapie, ärztlicher Dienst, Administration, Qualitätsmanagement involviert.

Die Onlineumfrage wurde an Zuweisende aus dem Jahr 2021 und andere potenzielle Zuweisende versandt. So konnten Erwartungen an eine Suchtfachklinik im allgemeinen sowie die Zufriedenheit und Erfahrung konkret in der Zusammenarbeit mit der Klinik erhoben werden.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Wie beurteilen Sie das einfache Anmeldeverfahren?
- 2) Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit der Mitarbeitenden?
- 3) Wie beurteilen Sie die Kompetenz der Mitarbeitenden?
- 4) Wie beurteilen Sie den Informationsfluss/Einbezug in die Behandlung?
- 5) Wie beurteilen Sie Zeitpunkt und Inhalt des Austrittsberichts?
- 6) Wie beurteilen Sie die Empfehlungen zur weiteren Behandlung?
- 7) Wie beurteilen Sie die Erreichung der Entzugsziele?



Messergebnisse in Zahlen

	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Selhofen	1.76	1.25	1.48	1.92	2.09

Messergebnisse in Zahlen

	Mittelwerte pro Fragen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Klinik Selhofen	2.00	2.17	55	16.00 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

An der Onlinebefragung teilgenommen, haben primär Vertreter/innen von Sozialdiensten, Behörden und Institutionen. Ärzt/innen konnten nur schwer erreicht werden. Umso wertvoller waren deshalb die Interviews, die mit ausgewählten Schlüsselpersonen verschiedener Zuweisergruppen durchgeführt wurden.

Resultate:

Die Zuweisenden sind grösstenteils zufrieden mit der Zusammenarbeit.

Besonders wichtig und geschätzt werden die hohe Fachkompetenz und Freundlichkeit der Mitarbeitenden. Verbesserungspotenzial konnte punktuell bei der Austrittsplanung und der Berichterstattung festgestellt werden. Entsprechende Massnahmen wurden bereits umgesetzt. So wird beispielsweise bei Personen, die finanziell vom Sozialdienst unterstützt werden, vermehrt auf einen frühzeitigen Einbezug bei der Austrittsplanung und eine rasche Kommunikation bei erfolgtem Austritt geachtet.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

Bemerkungen

Die Resultate und Rückmeldungen aus der Befragung werden für Optierungen beim Angebot bzw. in der Zusammenarbeit genutzt. Zudem fliessen die Erkenntnisse in die Gestaltung künftiger Zuweiserbefragungen mitein.

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

HoNOS Adults	2017	2018	2019	2020
Klinik Selhofen				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	8.46	9.39	10.36	9.26
Standardabweichung (+/-)	3.98	3.64	3.99	4.74
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	1.8	2.47	2.91	1.53
Anzahl auswertbare Fälle 2020				262
Anteil in Prozent				100 %

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2017	2018	2019	2020
Klinik Selhofen				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	22.20	17.64	21.36	21.66
Standardabweichung (+/-)	30.60	28.90	31.79	33.27
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	1.18	-1.14	-3.53	-2.91
Anzahl auswertbare Fälle 2020				177
Anteil in Prozent				83.2 %

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

Auch im 2020 konnte die Klinik Selhofen ein sehr gute Leistung erbringen. Dies zeigt sich in einem Differenzwert des HoNOS von 9.36 und darin, dass das gesamte Konfidenzintervall der Klinik Selhofen oberhalb des adjustierten Mittelwerts der Gesamtsichrobe, also aller Kliniken desselben Kliniktyps, liegt. Fazit: Die Klinik Selhofen schneidet bei der Fremdbewertung auch 2020 überdurchschnittlich ab.

Diese sehr gute Leistung findet sich auch beim BSCL wieder, der im Vergleich zum Vorjahr praktisch gleich hoch liegt. Im Klinikvergleich befindet sich die Klinik Selhofen damit im durchschnittlichen Leistungsbereich.

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 Umsetzung ICT-Strategie

Projektart:

ICT-Projekt

Projektziel:

Auf Basis der vorliegenden ICT-Strategie, werden etappenweise, die Umsetzungsprojekte durchgeführt

Projektablauf / Methodik:

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

Projektevaluation:

- Etappenweise Umsetzung der gesteckten Ziele

18.1.2 Implementierung kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

Projektart

Verbesserungsprojekt (Qualitätsmanagement)

Projektziel

Implementierung eines systematischen und standardisierten Verbesserungsprozesses unter Einzug aller Mitarbeitenden mit dem Ziel Verbesserungspotenzial zu identifizieren.

Projektablauf / Methodik

Ausgangslage: Basis bilden die im Rahmen des EFQM erarbeiteten Grundlagen zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Diese werden 2022/2023 erstmals operativ eingeführt und getestet. Bei Bedarf werden Anpassungen vorgenommen.

Involvierte Berufsgruppen

Interdisziplinär - alle Bereiche

Projektevaluation

Umsetzung des Projekts 2022/2023

Definition von Verbesserungspotenzial

Bei Bedarf Anpassung des KVP und den zugehörigen Tools

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

18.2.1 Umsetzung EPDG

Projektart

ICT-Projekt

Projektziel

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

Projektablauf / Methodik

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

Involvierte Berufsgruppen

ICT

Projektevaluation

Grundalgen sind bereit für die Zertifizierung und Umsetzung

18.2.2 Weiterentwicklung Behandlungsangebot

Projektstart

Dienstleistungsprojekt

Projektziel

Bedarfsorientierte Weiterentwicklung des Behandlungsangebots mit Ziel: "Ergänzung des bisherigen Portfolios durch ein zusätzliches Therapieangebot"

Projektablauf/Methodik

- Bedarfserhebung und Ideensammlung
- Erarbeitung Grobkonzept und Genehmigung durch Stiftungsrat
- Machbarkeitsprüfung und anschliessende Umsetzungsplanung
- Teamretraite & Soundingboard
- Erarbeitung Detailkonzept
- Umsetzung
- Enge Begleitung nach Implementierung während den ersten 6 Monaten und kontinuierliche Verbesserung

involvierte Berufsgruppen

interdisziplinär mit Schwerpunkt Beratung und Therapie

Projektevaluation

Umsetzung im 2021

Patienteninterviews zweite Hälfte 2021

erste Kennzahlen Ende 2021

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 kein Zertifizierungsprojekt

Im 2022 findet kein spezifisches Zertifizierungsprojekt statt. Die Klinik setzt sich jedoch mit der Frage der eigenen angestrebten Qualitätsziele und des angestrebten Zertifizierungsniveaus nach EFQM auseinander. Entsprechend dieser Zieldefinition werden die Arbeiten in den Folgejahren aufgenommen.

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 2021 hat die Klinik neue Inputs im Bereich Qualitätsentwicklung gewonnen. Ziel ist, durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Angebote und Prozesse die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie weiterer Anspruchsgruppen wie insbesondere Zuweisende, Nachbehandler und Mitarbeitende möglichst gut zu erfüllen. Ausserdem stehen wir für eine effiziente und effektive Gestaltung unserer Abläufe. Im Hinblick auf diese Ziele werden in den kommenden Jahren weitere Aktivitäten zur Identifikation von Verbesserungspotenzial sowie konkrete Verbesserungsmaßnahmen folgen.
- Mit Einführung der neuen Qualitätsverträge 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 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.

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

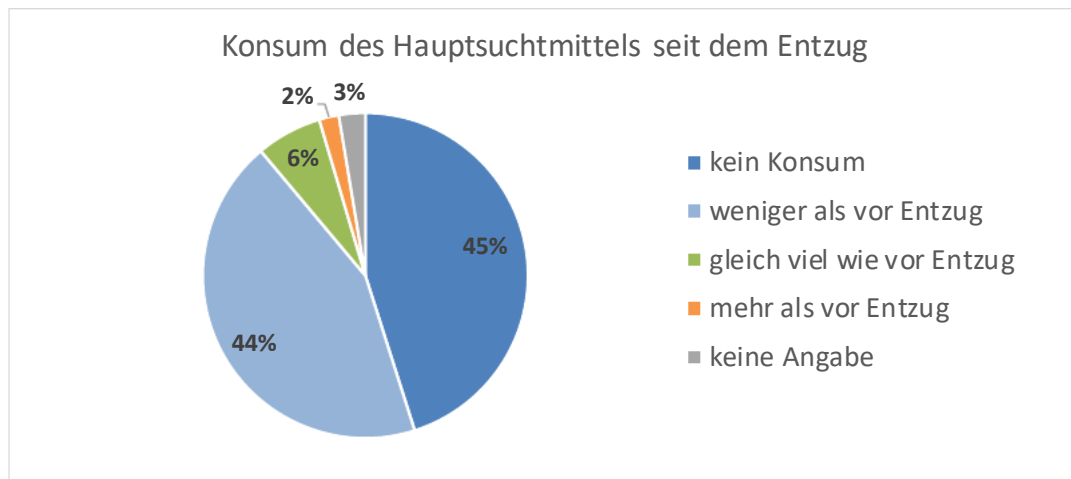
Anhang 2: Übersicht Berichtsjahr 2021

Sowohl die Fälle wie auch die Pflégetage 2021 liegen über dem Vohrjahreswert. Dies ist auf das neue Programm step-up zurückzuführen, welches im Juni 2021 in Betrieb genommen wurde und mit einem leichten Ausbau der stationären Kapazitäten verbunden war. Bei den Leistungen nahm der Anteil der ausserkantonalen Pflégetage weiter zu, wodurch der Trend der vergangenen Jahre bestätigt wurde. Weiter gestiegen sind ebenfalls der Anteil der abgeschlossenen Entzüge sowie die Zielerreichung aus Sicht der Patientinnen und Patienten.

Kennzahlen	2021	2020	Bemerkungen
Aufenthalt			
Anzahl Aufenthaltstage (Kalenderjahr)	9'728	9'315	
Aufenthaltsdauer Ø Tage	33.3	32.5	
Auslastung gesamt %	92%	96%	2019: 26 Betten, 2020: 27 Betten, 2021 29.5 Betten
Anteil Ausserkantonale %	44%	40%	
Eintritte			
Anzahl Eintritte	293	290	
Wartezeit Ø Tage	18	8	ab "bereit zum Eintritt"
Alter bei Eintritt Ø	39.3	38.4	
Austritte			
Anzahl Austritte	304	279	
Austritte regulär %	66%	71%	
> davon mit stationären Anschluss	8%	13%	
> davon mit ambulanten Anschluss	49%	47%	
> davon ohne professionellen Anschluss	9%	10%	
Behandlungsabbrüche %	34%	29%	inkl. Frühabbrüche
Frühabbrüche (< 4 Tage) %	4%	5%	
Entzug abgeschlossen %	80%	78%	körperliche Entgiftung bei Austritt abgeschlossen
Zielerreichung regulärer Austritte Patienten	5.9	5.6	Skala 1-7, 1 = kein Ziel erreicht, 7 = vollständig erreicht

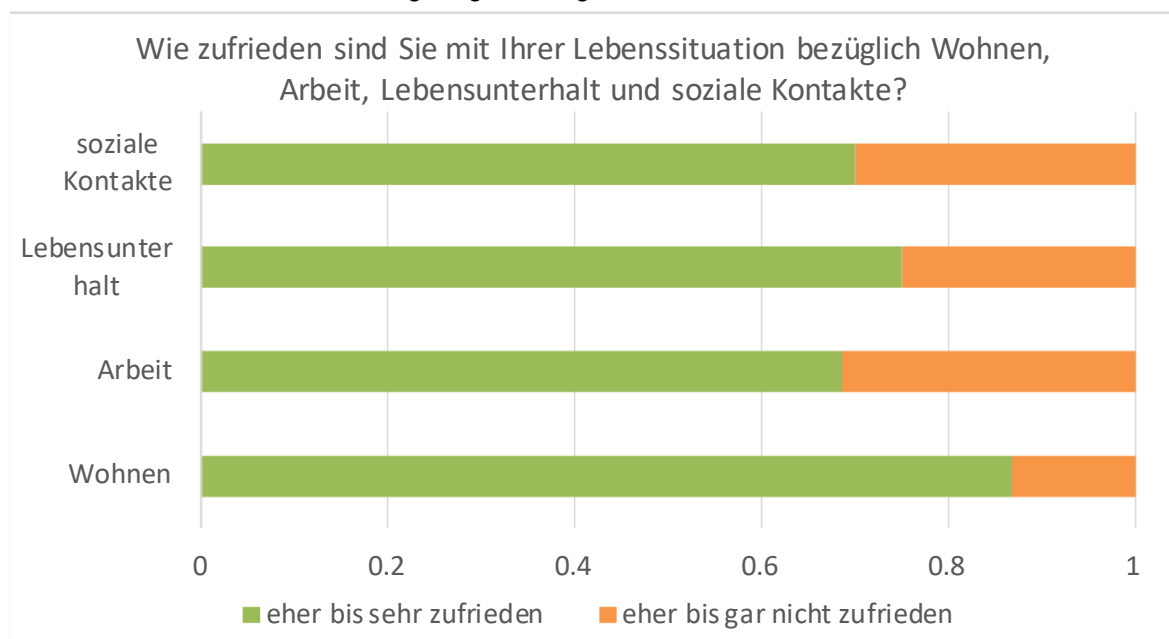
Anhang 2: Katamnese 2021

Die Katamnesebefragung wird drei Monate nach Austritt durchgeführt. Voraussetzung ist, dass die befragte Person mindestens sieben Tage in der Klinik in Behandlung war. Im 2021 wurden hierzu 258 Fragebogen verschickt, wovon 29% an die Klinik ausgefüllt retourniert wurden (= 76 Fragebogen).



Knapp die Hälfte der Befragten gab an, ihr Hauptsuchtmittel in den drei Monaten seit dem Entzug nicht mehr konsumiert zu haben. Bei weiteren 44% der Patientinnen und Patienten hatte sich der Konsum zumindest reduziert. Lediglich 2% der befragten Personen berichteten von einem stärkeren Konsum als vor dem Entzug.

Nach ihrer Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen gefragt, schätzten sich 75% der Patientinnen und Patienten als eher bis sehr zufrieden ein. Dabei handelt es sich um eine deutliche Steigerung gegenüber dem Vorjahreswert von 64% eher bis sehr zufriedenen Personen. Die höchsten Zufriedenheitswerte wurden im Bereich Wohnen gemeldet, während die Zufriedenheit mit der Arbeit am geringsten eingeschätzt wurde.



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.