

# Qualitätsbericht 2022

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

24.5.2023  
Regine Gysin, Direktorin

Version 2



## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2022.

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 2022

Faru  
Tatjana Hulliger  
Qualitätsbeauftragte  
034 420 41 41  
[tatjana.hulliger@selhofen.ch](mailto:tatjana.hulliger@selhofen.ch)

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

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken auch in herausfordernden Zeiten zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen, mit der H+ Qualitatsberichtsvorlage, eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) bertragen werden können.

Die Covid-19-Pandemie hatte im Jahr 2022 weiterhin einen Einfluss auf die Spitäler und Kliniken. Zur Entlastung wurde während der anspruchsvollen Wintermonate die nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen ausgesetzt. Die Messungen der Wundinfektionen, mit und ohne Implantate, konnten zudem erstmals zeitgleich durchgeführt werden.

Der ANQ konnte die nationalen Patientenzufriedenheitsbefragungen, die nun pro Fachbereich jeweils im Zweijahres-Rhythmus stattfinden, in der Psychiatrie und Rehabilitation erfolgreich durchführen. In der Akutsomatik fand im Jahr 2022 regulär keine nationale Befragung statt.

Im Jahr 2022 hat sich der ANQ zu einem Methodenwechsel bei der Erfassung von Rehospitalisationen entschieden. Neu werden diese mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ausgewertet. Erste Ergebnisse, basierend auf den BFS-Daten 2021, werden dann im Qualitätsbericht 2023 ausgewiesen.

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken, in der aktuellen Berichtsvorlage, erstmals die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, 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. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](https://www.anq.ch).

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement. Sie stellen mit ihren Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicher. Mit der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Impressum</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>1 Einleitung</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....   | <b>7</b>  |
| 2.1 Organigramm .....  | 7         |
| 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....  | 7         |
| <b>3 Qualitätsstrategie</b> .....  | <b>8</b>  |
| 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022 .....   | 8         |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022 .....  | 9         |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....   | 9         |
| <b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....   | <b>10</b> |
| 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....  | 10        |
| 4.2 Durchführung von 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 .....   | 15        |
| 4.5 Registerübersicht<br>Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.                     |           |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht .....   | 16        |
| <b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....  | <b>17</b> |
| <b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....   | <b>18</b> |
| <b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....  | <b>18</b> |
| 5.1 Eigene Befragung .....   | 18        |
| 5.1.1 Patientenzufriedenheit .....   | 18        |
| 5.1.2 Katamnesebefragung .....   | 21        |
| 5.2 Beschwerdemanagement .....   | 21        |
| <b>6 Angehörigenzufriedenheit</b><br>Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.                           |           |
| <b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....  | <b>22</b> |
| 7.1 Eigene Befragung .....   | 22        |
| 7.1.1 Mitarbeiterbefragung .....   | 22        |
| <b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....   | <b>23</b> |
| 8.1 Eigene Befragung .....   | 23        |
| 8.1.1 Zuweiserzufriedenheit .....  | 23        |
| <b>Behandlungsqualität</b> .....   | <b>24</b> |
| <b>9 Wiedereintritte</b><br>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.   |           |
| <b>10 Operationen</b><br>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.  |           |
| <b>11 Infektionen</b><br>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.  |           |
| <b>12 Stürze</b><br>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.   |           |
| <b>13 Dekubitus</b><br>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.  |           |
| <b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b><br>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.                      |           |
| <b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....  | <b>24</b> |
| 15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....   | 24        |
| <b>16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b><br>Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant. |           |
| <b>17 Weitere Qualitätsmessungen</b>   |           |

Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.

|  |  |           |
|--|--|-----------|
| <b>18</b>  | <b>Projekte im Detail</b> .....                                  | <b>26</b> |
| 18.1   | Aktuelle Qualitätsprojekte .....                                 | 26        |
| 18.1.1   | Neustrukturierung Q-Buch .....                                   | 26        |
| 18.1.2   | Implementierung kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)..... | 27        |
| 18.2   | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022 .....      | 28        |
| 18.2.1   | Digitalisierung Umfragen.....                                    | 28        |
| 18.2.2   | CIRS Konzept .....   | 28        |
| 18.3   | Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....                           | 29        |
| 18.3.1   | kein Zertifizierungsprojekt .....                                | 29        |
| <b>19</b>  | <b>Schlusswort und Ausblick</b> .....                            | <b>30</b> |
| <b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> ..... |  | <b>31</b> |
| Psychiatrie .....  |  | 31        |
| <b>Anhang 2</b> .....  |  | <b>32</b> |
| <b>Anhang 3</b> .....  |  | <b>33</b> |
| <b>Herausgeber</b> .....                                       |  | <b>35</b> |

# 1 Einleitung

## Die Klinik Selhofen

Die Klinik Selhofen ist eine Suchtfachklinik 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) an. 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, das integraler Bestandteil der Therapie darstellt, ergänzt. Das integrative Behandlungskonzept richtet sich auch an Abhängige mit zusätzlicher psychischer Problematik sowie an Personen mit einer Onlinesucht.

Stationäre Behandlungsschwerpunkte sind:

- Körperliche Entgiftung und Entwöhnung
- Integration (Angebot step-up)
- Doppeldiagnosebehandlung (Angebot D+)
- Behandlung von Onlineabhängigkeit (Angebot log-in)

Ergänzend zum stationären Aufenthalt bietet die Klinik Selhofen ein ambulantes Angebot an den Standorten Bern, Biel und Burgdorf an.

## Haltung

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

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

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



### 3 Qualitätsstrategie

#### Grundverständnis

Unser Grundverständnis folgt dem Leitsatz: *Wir erzielen individuelle Behandlungserfolge, indem wir im Rahmen unserer professionellen Angebote eine zielorientierte Behandlung bieten. Wir begegnen unseren Patient\*innen in einem familiären Umfeld auf Augenhöhe. Zufriedene Patient\*innen und Mitarbeitende stehen bei uns an oberster Stelle.*

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.

#### Qualitätssteuerung

Die Klinik Selhofen versteht sich als lernende Organisation, die Veränderungen aktiv angeht. Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung stellen für uns wichtige Leitlinien im Arbeitsalltag dar. Hierzu wurde ein internes Qualitätskonzept erarbeitet. Das Konzept beinhaltet externe und interne Ziele/Vorgaben sowie die zugehörigen Prozesse und Massnahmen zur Steuerung unserer Qualitätsaktivitäten. Das Q-Konzept bildet somit den Rahmen unseres betrieblichen Qualitätsmanagementsystem (QMS).

#### Umsetzung

Das Qualitätsmanagement stellt die stetige Qualitätsentwicklung und -überprüfung sicher. Dabei orientieren wir uns an vier Qualitätsdimensionen: Patientenorientierung, Sicherheit, Zusammenarbeit und Wirksamkeit. Jede dieser Dimensionen enthält konkrete Ziele sowie überprüfbare Qualitätsstandards. Die Zufriedenheit von internen und externen Kund\*innen ist dabei zentral. Das Qualitätsmanagement geschieht systematisch und umfasst die permanente Optimierung aller Prozesse.

Folgende Massnahmen sind Teil unseres QMS:

- klar definierte Q-Funktionen
- Qualitätszirkel
- Definition und Überprüfung von Q-Zielen
- Dokumentation der Prozesse im Qualitätshandbuch
- kontinuierlicher Verbesserungsprozess mit Selbstanalyse
- permanentes Verbesserungsmanagement durch Verbesserungsvorschläge
- CIRS Management
- interne und externe Systemaudits
- Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit
- Erhebung der Patientenzufriedenheit
- Erhebung der Zuweiserzufriedenheit
- Katamnesebefragung

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2022

##### Erarbeitung der Strategie 2024-2027

Im 2022 ist der Prozess zur neuen Vierjahresstrategie gestartet. Im Rahmen des Strategieprozesses wurden eine Zielgruppenanalyse sowie eine SWOT-Analyse durchgeführt und anschliessend strategische Stossrichtungen definiert. Diese werden im 2023 weiter konkretisiert und bearbeitet. Ziel ist ein bedarfsorientiertes und zielgruppengerechtes sowie qualitativ hochstehendes Angebot bereitzustellen.

### **Prüfung der Vorgaben aus den neuen Qualitätsverträgen**

Die Revision des KVG sieht vor, dass Spitäler neu konkrete Qualitätsanforderungen erfüllen müssen. Diese sollen in den Qualitätsverträgen definiert werden. Die Klinik hat sich im 2022 mit den zu erwartenden Inhalten auseinandergesetzt und geprüft, in welcher Form diese im Betrieb umgesetzt werden könnten. Entsprechend den eigenen Zielen und den Vorgaben aus dem Qualitätsvertrag wurde ein Entwurf des betrieblichen Qualitätskonzepts erstellt.

### **Q-Buch Überarbeitung**

Unser Qualitätshandbuch soll 2022/2023 überarbeitet werden. Ziele sind eine verbesserte Übersicht, intuitivere Bedienung und eine stärkere patientenorientierte Ausrichtung der Prozesse.

## **3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2022**

### **Umsetzung der Strategie 2023**

Die aktuelle Vierjahresstrategie wurde im Jahr 2022 weiterhin umgesetzt. Ziele und Massnahmen wurden im Rahmen der Jahreplanung definiert und kontrolliert.

### **Überarbeitung Zuweiserbefragung**

Ausgehend von den Ergebnissen der Erhebung der Zuweiserbedürfnisse aus dem Jahr 2021 wurde die Befragung der zuweisenden und nachbehandelnden Stellen überarbeitet und in einem separaten Konzept definiert. Im Jahr 2023 soll die Befragung erstmals rein elektronisch erfolgen.

### **Überarbeitung Katamnesebefragung**

Die Katamnesebefragung wurde überarbeitet. Es gibt sie nun sowohl elektronisch, als auch in Papierform. Das überarbeitete Instrument kommt im Jahr 2023 zum Einsatz.

### **Einführung kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)**

Im Jahr 2022 wurde erstmals eine betriebsinterne Selbstanalyse im Rahmen des neu definierten KVP durchgeführt. Die Selbstanalyse umfasste die Verwaltung und fand im Rahmen eines halbtägigen Workshops statt. Anlässlich des Workshops wurde Verbesserungspotenzial identifiziert und es gab Ideen für Verbesserungsmassnahmen. Viele dieser Verbesserungsvorschläge konnten im Jahr 2022 bereits vollständig oder teilweise bearbeitet werden.

Im Jahr 2023 wird der zweite Workshop mit den behandlungsorientierten Bereichen stattfinden.

## **3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren**

### **Erarbeitung der Strategie 2024-2027**

Die strategischen Ziele der Vierjahresstrategie werden im Frühling 2023 verabschiedet. Sie fliessen in die Jahresplanung 2024 ein.

### **Erfüllung der Vorgaben aus den neuen Qualitätsverträgen**

Unser Qualitätskonzept deckt die internen Ziele sowie die Vorgaben aus dem Qualitätsvertrag ab. Die betrieblichen Qualitätsmassnahmen sind aufeinander abgestimmt und können zielorientiert, effektiv und effizient bearbeitet werden.

Für die Umsetzung warten wir den definitiven Bundesentscheid ab. Ansschliessend wird das interne Qualitätskonzept aktualisiert und umgesetzt.

### **Zertifizierung**

Im Jahr 2023 wird entschieden, welche Qualitätszertifizierung die Klinik Selhofen anstrebt. Die eigentliche Zertifizierung soll im Jahr 2024 erfolgen. Internen Strukturen und Prozesse müssen im Rahmen der angestrebten Zertifizierung überprüft und aktualisiert werden.

## 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](http://www.anq.ch).

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

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

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

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

| Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:  |
|--|
| <i>Patientenzufriedenheit</i>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenzufriedenheit</li> <li>▪ Katamnesebefragung</li> </ul> |

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

|  |  |
|--|--|
| <b>Ziel</b>                              | Ermittlung der Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz  |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | Klinik und Ambulatorien  |
| <b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>     | 2022-2024  |
| <b>Art des Projekts</b>                  | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.   |
| <b>Begründung</b>                        | Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz sicherstellen mittels übersichtlicher Branchenlösung   |
| <b>Methodik</b>                          | Testen der Branchenlösung Previtär und H+  |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | Sicherheitskommission (SK)   |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | Besprechen der Testergebnisse innerhalb der SK. SK gibt Empfehlung zuhanden der GL. GL entscheidet im 2023, welche Branchenlösung in Zukunft in der Klinik zur Anwendung kommt |

Neustrukturierung Q-Buch

|  |  |
|--|--|
| <b>Ziel</b>                              | patientenorientierte Strukturierung des Q-Buchs und Darstellung mittels Prozesslandkarte   |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | Klinik und Ambulatorien  |
| <b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>     | 2023   |
| <b>Art des Projekts</b>                  | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.   |
| <b>Begründung</b>                        | Anpassung des Q-Buchs an aktuelle QM-Standards: stärkere Patientenorientierung, Prozesslandkarte für einfachere Bedienung, Vorbereitung für interaktive Karte, bessere Betriebsdurchdringung durch einfachere Gestaltung, Überprüfung der Dokumente auf Gültigkeit |
| <b>Methodik</b>                          | Der Qualitätszirkel erstellt einen Entwurf der Grobstruktur und der Dokumentenzuordnung. Diese werden durch die Geschäftsleitung genehmigt. Umsetzung der Neustrukturierung im 2023  |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | Qualitätszirkel, Geschäftsleitung  |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | Umsetzung der Neustrukturierung Mitte 2023, ca. 1/2 Jährige Test- und Anpassungsphase.   |

## Digitalisierung unserer Umfragen

|  |   |
|--|---|
| <b>Ziel</b>                              | Adressatengerechte Umfragen zur Zielerreichung sowie Bedürfnis- und Zufriedenheitserhebung                  |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | Klinik und Ambulatorien   |
| <b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)     | 2022/2023   |
| <b>Art des Projekts</b>                  | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.  |
| <b>Begründung</b>                        | Befragungen besser auf Zielgruppe abstimmen, bessere Erreichbarkeit, Reduktion des administrativen Aufwands |
| <b>Methodik</b>                          | inhaltliche Überprüfung der Fragebogen und Überführung in Onlineumfragen                                    |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | Projektmanagement, Qualitätsmanagement  |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | Überarbeitung der Umfragen ist abgeschlossen  |

## CIRS-Konzept

|  |   |
|--|---|
| <b>Ziel</b>                              | Erstellung CIRS-Konzept und zugehöriger Unterlagen  |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | Klinik und Ambulatorien   |
| <b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)     | 2022  |
| <b>Art des Projekts</b>                  | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.  |
| <b>Begründung</b>                        | Das CIRS-Instrument ist Klinikintern wenig bekannt und wird kaum genutzt. CIRS ist wichtig für die Erkennung und Behebung von kritischen Ereignissen/Fehlerquellen. |
| <b>Methodik</b>                          | Überarbeitung der Unterlagen, Erstellung eines CIRS-Konzepts, Schulung der Mitarbeitenden   |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | Qualitätsbeauftragte  |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | Das CIRS ist bekannt und wird innerbetrieblich genutzt  |

## Erarbeitung eines internen Q-Verständnisses

|  |   |
|--|---|
| <b>Ziel</b>                              | Definition eines Leitsatzes im Bereich Q-Sicherung und Q-Entwicklung  |
| <b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b> | Klinik und Ambulatorien   |
| <b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)     | 2022  |
| <b>Art des Projekts</b>                  | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.  |
| <b>Begründung</b>                        | Sehr gute Qualität ist ein wichtiges Merkmal unserer Klinik. Um dies sichtbar und spürbar zu machen, soll ein internes Q-Verständnis erarbeitet werden. Dies dient als Leitgedanke für unsere zukünftigen Arbeiten. |
| <b>Methodik</b>                          | Brain-writing   |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>         | alle Bereiche   |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>    | Definition eines Q-Verständnisses und Genehmigung durch die Geschäftsleitung.   |

## Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

## Qualitätszirkel

|  |  |
|--|--|
| <b>Ziel</b>                                | Austausch zum Thema Qualitätssicherung                                       |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | Klinik und Ambulatorien  |
| <b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)       | fest etabliert   |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.                             |
| <b>Begründung</b>                          | interdisziplinärer Austausch zum Thema Qualität sicherstellen und entwickeln |
| <b>Methodik</b>                            | 3-4 Sitzungen  |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | Interdisziplinär   |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | Protokolle zuhanden der GL, Erarbeitung von Massnahmen                       |

## Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP)

|  |   |
|--|---|
| <b>Ziel</b>                                | Identifizierung von Verbesserungspotenzial und Weiterentwicklung der Organisation |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | Klinik und Ambulatorien   |
| <b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)       | etabliert seit 2022   |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.                                  |
| <b>Methodik</b>                            | Selbstanalyse und interne Workshops, Identifikation von Verbesserungspotential    |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | Interdisziplinär  |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | Etablierung des neuen KVP ab 2022, Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen          |

## Interne Audits

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

## Verbesserungsvorschläge

|  |   |
|--|---|
| <b>Ziel</b>                                | kontinuierliche Verbesserung durch laufende Verbesserungsvorschläge   |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | Klinik und Ambulatorien   |
| <b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)       | fest etabliert  |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.  |
| <b>Begründung</b>                          | Identifizierung von Verbesserungspotenzial, Einbezug der Mitarbeitenden, Steigerung der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit   |
| <b>Methodik</b>                            | 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. |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | Interdisziplinär  |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | Abschluss der jeweiligen Meldungen durch Rückmeldung an den*die Absender*in des Meldeformulars, Definition und Umsetzung von Massnahmen   |

## interdisziplinäre Standortgespräche

|  |   |
|--|---|
| <b>Ziel</b>                                | Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Steigerung des Patientennutzen                     |
| <b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b> | Klinik  |
| <b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)       | fest etabliert seit 2021  |
| <b>Art der Aktivität</b>                   | Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.  |
| <b>Begründung</b>                          | bessere Einbindung und Nutzung der Standortgespräche im Rahmen der Patientenbehandlung                    |
| <b>Methodik</b>                            | Zur Überarbeitung wurden eine Datenauswertung und Interviews mit Mitarbeitenden und Patient*innen gemacht |
| <b>Involvierte Berufsgruppen</b>           | ärztlicher Dienst, Beratung und Therapie, Projektmanagement   |
| <b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>      | Überprüfung im Alltag   |

## 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.

**Bemerkungen**

Seit 2022 gibt es ein klinikinternes CIRS-Konzept.

## 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   |                                |
| QuaTheDA                                  | ganze Klinik                                      | 2002  | 2018   | 2024                           |

### Bemerkungen

Im 2021 wurde erstmals eine EFQM-Zertifizierung durchgeführt. Durch den Perspektivenwechsel konnte neues Verbesserungsprotenzial identifiziert werden. Ebenso fand ein interessanter und wertvoller interdisziplinärer Austausch statt.

Aufgrund der eher geringen Klinikgrösse wurde entschieden, im 2024 die QuaTheDA Zertifizierung anzustreben. Die gültigen Standards wurden überarbeitet und sollen nun auf die Klinik übertragen werden.

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Eigene Befragung

##### 5.1.1 Patientenzufriedenheit

Wir legen einen hohen Wert auf die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten. Ihre Rückmeldungen zur Zufriedenheit bezüglich ihres Klinikaufenthalts sind für die Identifikation von Verbesserungspotenzial von grosser Bedeutung. Nur so können wir sicherstellen, dass unsere hohen Qualitätsstandards aufrechterhalten bleiben. 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 der Fachpersonen
- Fachliche und soziale Kompetenz der Fachpersonen
- Persönliche Entwicklung

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2022 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 257 retournierten Fragebogen, wobei nicht immer jede Frage beantwortet wurde.

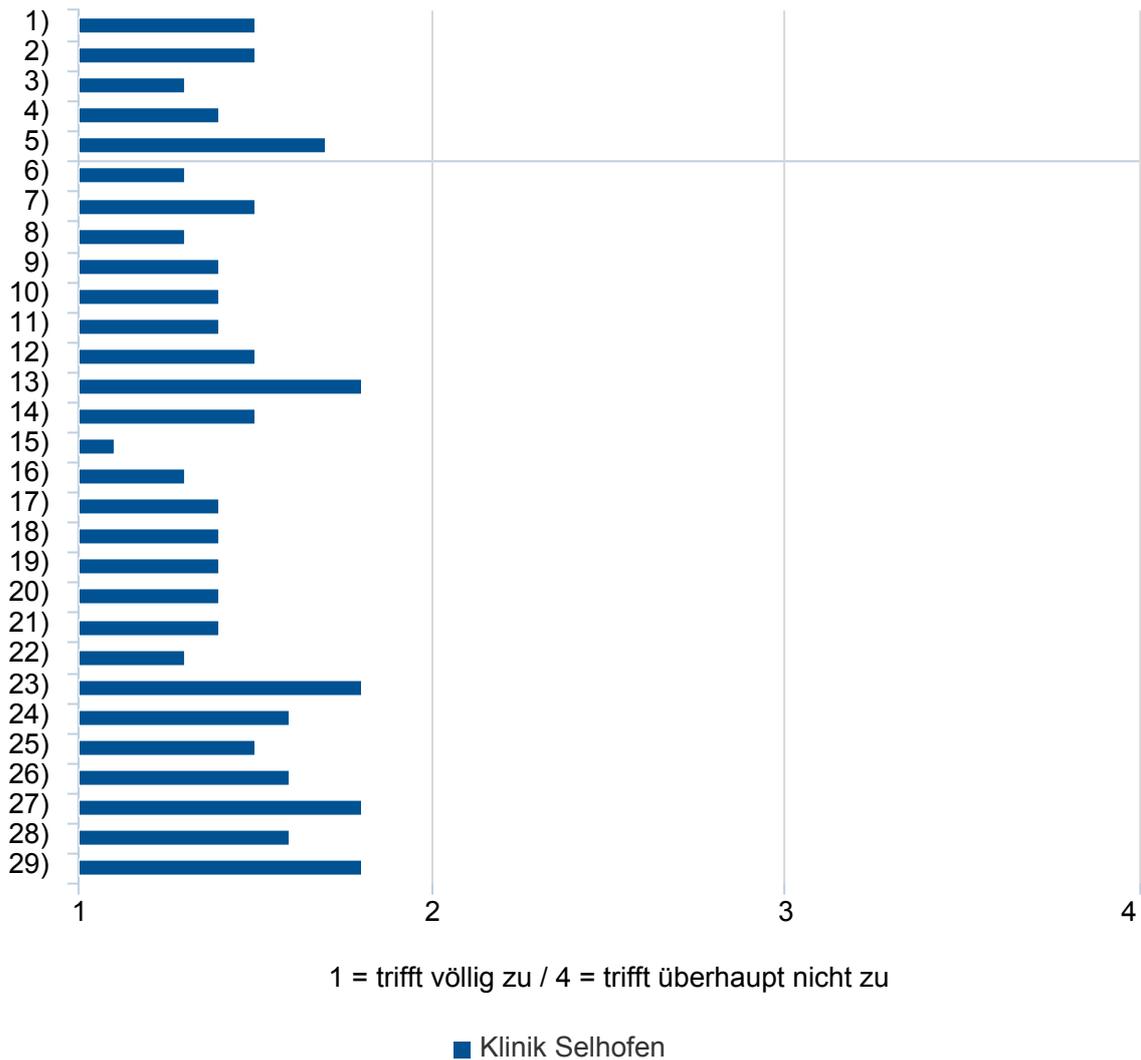
Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

#### 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 Kompetenz-/Erfolgsgruppe.
- 25) Ich bin zufrieden mit der Persönlichkeitsgruppe.
- 26) Ich bin zufrieden mit der Motivationsgruppe.
- 27) Ich bin zufrieden mit der Gruppe log-in
- 28) Ich bin zufrieden mit der Gruppe step-up.
- 29) Ich bin zufrieden mit der ambulanten Gruppe.



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

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

| Messergebnisse in Zahlen |                        |      |      |      |      |
|--------------------------|------------------------|------|------|------|------|
|                          | Mittelwerte pro Fragen |      |      |      |      |
|                          | 11)                    | 12)  | 13)  | 14)  | 15)  |
| Klinik Selhofen          | 1.40                   | 1.50 | 1.80 | 1.50 | 1.10 |

| Messergebnisse in Zahlen |                        |      |      |      |      |
|--------------------------|------------------------|------|------|------|------|
|                          | Mittelwerte pro Fragen |      |      |      |      |
|                          | 16)                    | 17)  | 18)  | 19)  | 20)  |
| Klinik Selhofen          | 1.30                   | 1.40 | 1.40 | 1.40 | 1.40 |

| Messergebnisse in Zahlen |                        |      |      |      |      |
|--------------------------|------------------------|------|------|------|------|
|                          | Mittelwerte pro Fragen |      |      |      |      |
|                          | 21)                    | 22)  | 23)  | 24)  | 25)  |
| Klinik Selhofen          | 1.40                   | 1.30 | 1.80 | 1.60 | 1.50 |

| Messergebnisse in Zahlen |                        |      |      |      |                          |                 |
|--------------------------|------------------------|------|------|------|--------------------------|-----------------|
|                          | Mittelwerte pro Fragen |      |      |      | Anzahl valide Fragebogen | Rücklaufquote % |
|                          | 26)                    | 27)  | 28)  | 29)  |                          |                 |
| Klinik Selhofen          | 1.60                   | 1.80 | 1.60 | 1.80 |                          | - %             |

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

#### Bemerkungen

Die Zufriedenheit unserer Patient\*innen war im 2022 erneut sehr hoch. Am besten bewertet wurde das Essen, gefolgt von den Angeboten Psychotherapie & Fallmanagement, Pflegedienst und Kunsttherapie. Ein Grossteil der Patient\*innen würde die Klinik weiterempfehlen.

### 5.1.2 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 2022 durchgeführt.

Die Katamnesebefragung erfolgt derzeit durch die Stelle "Projektleitung", da das Instrument in Überarbeitung ist.

Die Umfrage wird bei Personen, die mindestens sieben Tage in Behandlung waren, drei Monate nach Austritt durchgeführt. Wenn wir keine Antwort erhalten, werden die Personen per Telefon kontaktiert und motiviert den Fragebogen ausgefüllt zu retournieren.

Im Jahr 2022 wurden 292 Fragebogen verschickt, wovon 30% an die Klinik retourniert wurden (n=88).

Gut ein Drittel der Personen gaben an, ihr Hauptsuchtmittel seit dem Therapieende nicht mehr konsumiert zu haben. Bei einem weiteren Drittel hat sich der Konsum reduziert. Lediglich 2% der befragten Personen berichteten über einen gesteigerten Konsum. Was die verschiedenen Lebensbereiche betrifft, so gaben 68% der Personen an, eher bis sehr zufrieden zu sein. Dabei verzeichnete der Bereich "Wohnen" mit 85% die höchste Zufriedenheit.

Weitere Informationen und grafische Auswertungen zur Katamnesebefragung 2022 finden sich im Anhang 3 des vorliegenden Berichts.

#### Angaben zur Messung

|   |  |
|---|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument |  |
|---|--|

### 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Klinik Selhofen**

Ombudsstelle für Spitalwesen des Kantons  
Bern

-

-

032 331 24 24

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

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

Schriftliche Information zum

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

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden 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 (Hausärztinnen und -ärzte und niedergelassene Spezialärztinnen und -ärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patientinnen und Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin 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. Nachbehandelnde 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.

Die Zuweiserbefragung fand ein Jahr zuvor im Rahmen der EFQM-Zertifizierung statt und war breit abgestützt. Ergebnisse dazu finden sich im Qualitätsbericht 2021.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2023.

Bei der Befragung im Jahr 2021 waren die Bereiche/Ressorts Beratung und Therapie, ärztlicher Dienst, Administration und Qualitätsmanagement involviert.

#### 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten (Selbstbewertung).

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

#### Messergebnisse

| HoNOS Adults  | 2018 | 2019  | 2020 | 2021   |
|---|------|-------|------|--------|
| <b>Klinik Selhofen</b>  |      |       |      |        |
| HoNOS Adults Behandlungsergebnis<br>(Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | 9.39 | 10.36 | 9.26 | 9.22   |
| Standardabweichung (+/-)  | 3.64 | 3.99  | 4.74 | 3.98   |
| Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*                                       | 2.47 | 2.91  | 1.53 | 2.07   |
| Anzahl auswertbare Fälle 2021   |      |       |      | 288    |
| Anteil in Prozent   |      |       |      | 99.7 % |

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

| BSCL  | 2018  | 2019  | 2020  | 2021   |
|---|-------|-------|-------|--------|
| <b>Klinik Selhofen</b>  |       |       |       |        |
| BSCL Behandlungsergebnis<br>(Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | 17.64 | 21.36 | 21.66 | 21.28  |
| Standardabweichung (+/-)  | 28.90 | 31.79 | 33.27 | 28.66  |
| Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*                               | -1.14 | -3.53 | -2.91 | 1.25   |
| Anzahl auswertbare Fälle 2021   |       |       |       | 188    |
| Anteil in Prozent   |       |       |       | 79.9 % |

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

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

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

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

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

Im 2021 konnte die Klinik Selhofen im Vergleich mit anderen Kliniken ein sehr gutes Ergebnis erzielen. Beim HoNos (Symptombelastung Fremdbewertung) liegt das ganze Konfidenzintervall oberhalb des nationalen Mittelwerts. Beim BSCL (Symptombelastung Selbstbewertung) liegt das erzielte Messergebnis im durchschnittlichen Bereich aller schweizer Kliniken.

**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 Patientinnen und 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 Neustrukturierung Q-Buch

**Projektart**

Verbesserungsprojekt im Bereich QMS

**Projektziel**

Patientenorientierte Neustrukturierung des Qualitätshandbuchs mittels Prozesslandkarte

**Projektlauf / Methodik**

Vorgängig zum Projektstart erfolgte eine Bedarfsklärung. Es wurden seitens QZ die Verwendung des bisherigen Q-Buchs in den verschiedenen Bereichen sowie der Verbesserungsbedarf geklärt. Parallel dazu wurde geprüft, welches die aktuellen Standards hinsichtlich der Dokumentation im Rahmen des QMS sind und wie diese innerhalb der Klinik umgesetzt werden können.

Anschliessend wurden bzw. werden folgende Schritte durchgeführt:

- Erstellung Entwurf einer Prozesslandkarte (Grundstruktur) im 2022
- Zuweisung der bestehenden Dokumente in die neuen Prozesse im 2022/2023
- Genehmigung der Prozesslandkarte durch Geschäftsleitung (2023)
- Vorstellung der geplanten Umsetzung an erweiterter Geschäftsleitungssitzung inkl. Überprüfung der Dokumentenzuweisung (2023)
- Information der geplanten Umsetzung an Klinik-Retraite im Frühling 2023
- Umsetzung Sommer 2023

**Projektelevaluation**

Die neue Struktur sollte im Sommer 2023 eingeführt werden. Danach folgt eine halbjährige Test- und Evaluationsphase. In dieser Zeit können Änderungen vorgenommen werden, sollte sich die geplante Struktur vereinzelt als nicht praxistauglich herausstellen.

Mit der regulären Q-Buch Überarbeitung im 2024 wird das Projekt abschliessen und geht in die Regelstruktur über.

## 18.1.2 Implementierung kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

### **Projektart**

Verbesserungsprojekt QMS

### **Projektziel**

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

### **Projekttablauf / Methodik**

Basis bilden die im Rahmen des EFQM erarbeiteten Grundlagen zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Hierzu zählt insbesondere das betriebsinterne Instrument der Selbstanalyse. Im Rahmen dieser werden bereichsübergreifende Workshops durchgeführt. Im Frühling 2022 fand der erste Workshop mit den Verwaltungsbereichen statt. Für Frühling 2023 ist der zweite Workshop mit den behandelnden Bereichen geplant.

Aus dem Workshop 2022 konnten diverse Verbesserungsideen gewonnen werden. Diese werden geprüft und soweit möglich umgesetzt.

### **Involvierte Berufsgruppen**

Interdisziplinär - alle Bereiche

### **Projektelevaluation**

Evaluation des Prozesses und der Tools im 2023, auf Basis der Ergebnisse und der Rückmeldungen der Mitarbeitenden.

Bei Bedarf Anpassung des KVP und den zugehörigen Tools

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2022

### 18.2.1 Digitalisierung Umfragen

#### **Projektart**

Verbesserungsprojekt / Digitalisierung

#### **Projektziel**

Die Klinik Selhofen führt zur Erhebung der Zufriedenheit der Interessensgruppen diverse Befragungen durch. Diese sollen ein modernes Gesicht erhalten und den heutigen Kommunikationskanälen angepasst werden. Folgende Umfragen sollen neu elektronisch durchgeführt werden:

- Zuweiserbefragung
- Katamnesebefragung

#### **Projekttablauf / Methodik**

Auf Basis unserer bisherigen Erkenntnisse und Vorarbeiten wurden die Instrumente inhaltlich überarbeitet. Es gab Anpassungen beim Fragebogen sowie beim Ablauf der Umfragen. Entsprechend den neuen Durchführungsbestimmungen wurden die internen Prozesse, Formulare und Konzepte angepasst.

Verschiedene Onlinetools wurden geprüft. Nach Bestimmung des zukünftigen Onlinetools wurden die Umfragen elektronisch erstellt und bei Bedarf eine Papierversion verfasst.

Die Umsetzung erfolgt erstmals im 2023.

#### **Involvierte Berufsgruppen**

Projektmanagement und Qualitätsmanagement

#### **Projektelevaluation**

Ablauf und Inhalt der Umfragen sind definiert. Entsprechende Tools stehen zur Bearbeitung bereit.

### 18.2.2 CIRS Konzept

#### **Projektstart**

Verbesserungsprojekt / Patientensicherheit

#### **Projektziel**

Wiederbelebung des CIRS

#### **Projekttablauf/Methodik**

Ausgehend von den bisher eingegangenen CIRS-Meldungen konnte festgestellt werden, dass das CIRS zu wenig zum Tragen kommt. Darum wurden die bestehenden Instrumente angepasst und vom Verbesserungsmanagement abgelöst. Es wurde ein CIRS-Konzept erstellt und zugehörige Prozesse definiert.

Ziel und Zweck des CIRS wurden gut verständlich dargestellt. Die Mitarbeitenden wurden im Rahmen der Klinik-Retraite geschult und zusätzlich über die Mitarbeiterinfo informiert.

#### **involvierte Berufsgruppen**

Qualitätsmanagement, Bereichsleitung Finanzen und Administration

#### **Projektelevaluation**

Umsetzung Sommer 2022

Eingehende CIRS-Meldungen nach Einführung

Bekanntheit bei den Mitarbeitenden

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 kein Zertifizierungsprojekt

Im 2022 findet kein spezifisches Zertifizierungsprojekt statt. Die Klinik setzt sich jedoch mit der Frage auseinander, ob und wenn ja, welches Zertifikat/Label sie in Zukunft anstreben möchte.

Entsprechende Abklärungsarbeiten wurden im 2022 durchgeführt.

Im 2023 wird die Geschäftsleitung über die zukünftige Ausrichtung entscheiden.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Ausblickend auf die nächsten Jahre können folgende Themenschwerpunkte festgehalten werden:

- Ziele des Qualitätsmanagements (QM) sind die Einhaltung der Qualitätsvorgaben sowie die Beibehaltung unseres hohen Qualitätsstandards und der damit verbundenen Patientenzufriedenheit. Durch die zielgerichtete Weiterentwicklung des QM möchten wir auch in Zukunft unsere Prozesse patientenorientiert ausrichten sowie unsere Abläufe effizient und effektiv gestalten.
- Mit Einführung der neuen Qualitätsverträge werden wir uns mit der Umsetzung des internen 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.
- Die bedarfsorientierte Weiterentwicklung des stationären und ambulanten Angebots wird auch in den nächsten Jahren zentral sein. Dabei stehen die Bedürfnisse unserer Patient\*innen an erster Stelle.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### Psychiatrie

#### Leistungsangebot in der Psychiatrie

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

## Anhang 2: Übersicht Berichtsjahr 2022

Im Geschäftsjahr 2022 konnte wiederum ein sehr gutes Ergebnis erzielt werden. Es war das erste Jahr, in dem das Programm step-up ganzjährig betrieben wurde. Dank dem zusätzlichen Angebot und der guten Auslastung konnten die Anzahl Aufenthaltstage um rund 7.2% und die Eintritte um ca. 22.8% gesteigert werden. Weiterhin ist es der Klinik Selhofen gelungen sich über die Kantonsgrenzen hinaus zu etablieren. Der Anteil ausserkantonale Patient\*innen liegt bei 48%, wobei die meisten aller ausserkantonalen Personen aus dem Kanton Solothurn kommen.

Eine augenscheinliche Veränderung im letzten Jahr betrifft die Anschlusslösungen aller regulär ausgetretenen Patient\*innen. Rund 82% der genannten Personen (entspricht 53% aller Austritte) begaben sich im Anschluss an ihren stationären Aufenthalt in eine ambulante Behandlung. Dabei konsultierte rund ein Drittel der ausgetretenen Personen ein Ambulatorium der Klinik Selhofen. Diese positive Entwicklung lässt sich möglicherweise auf den Ausbau des ambulanten psychotherapeutische Angebots zurückführen, das im vergangenen Jahr um fachmedizinisches Personal erweitert wurde.

| Kennzahlen  | 2022   | 2021  |
|---|--------|-------|
| <b>Aufenthalt</b>                                     |        |       |
| Anzahl Aufenthaltstage (Kalenderjahr)                 | 10'433 | 9'728 |
| Aufenthaltsdauer Ø Tage                               | 29.0   | 33.3  |
| Auslastung gesamt in Prozent                          | 93%    | 92%   |
| Anteil Ausserkantonale                                | 48%    | 44%   |
|   |        |       |
| <b>Eintritte</b>                                      |        |       |
| Anzahl Eintritte                                      | 360    | 293   |
| Wartezeit Ø Tage                                      | 7      | 18    |
| Alter bei Eintritt Ø                                  | 37.0   | 39.0  |
|   |        |       |
| <b>Austritte</b>                                      |        |       |
| Anzahl Austritte                                      | 348    | 304   |
| Anteil reguläre Austritte:                            | 68%    | 66%   |
| Zusammensetzung der regulären Austritte               |        |       |
| > mit stationärem Anschluss                           | 7%     | 8%    |
| > mit ambulantem Anschluss                            | 53%    | 49%   |
| > ohne professionellem Anschluss                      | 7%     | 9%    |
|   |        |       |
| Zielerreichungsgrad regulärer Austritte Patient*innen | 5.9    | 5.9   |
| Anteil Entzug abgeschlossen                           | 76%    | 80%   |
|   |        |       |
| Anteil Behandlungsabbrüche                            | 32%    | 34%   |
| Anteil Frühabbrüche (< 4 Tage)                        | 3%     | 4%    |

Aufgeführte Werte sind gerundet, weshalb es zu Rundungsdifferenzen kommen kann.

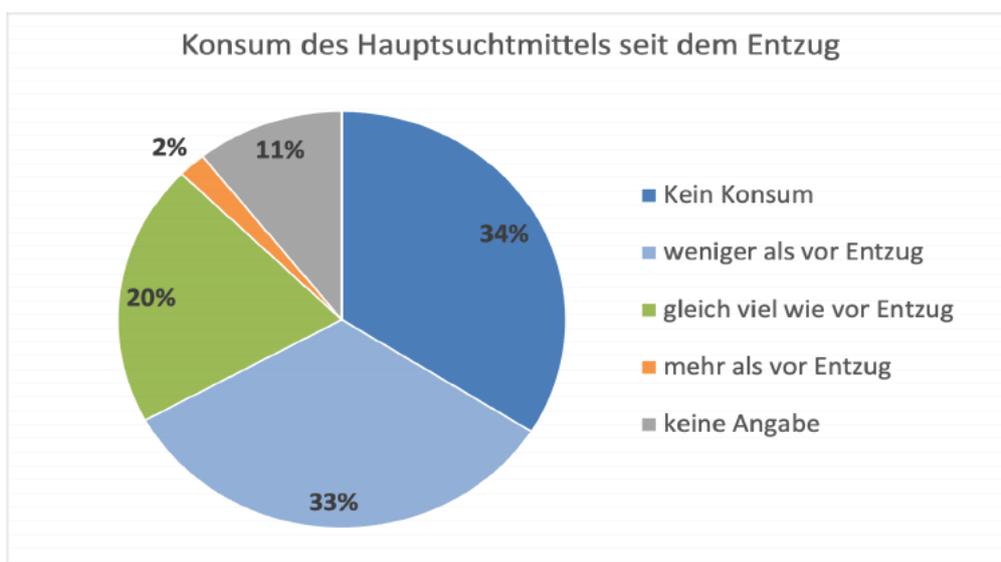
### Anhang 3: Katamnese 2022

Die Katamnesebefragung wird drei Monate nach Austritt in Papierform durchgeführt. Voraussetzung ist, dass die befragte Person mindestens sieben Tage in der Klinik in Behandlung war. Im Jahr 2022 wurden hierzu 292 Fragebogen verschickt, wovon 30% an die Klinik ausgefüllt retourniert wurden (= 88 Fragebogen).

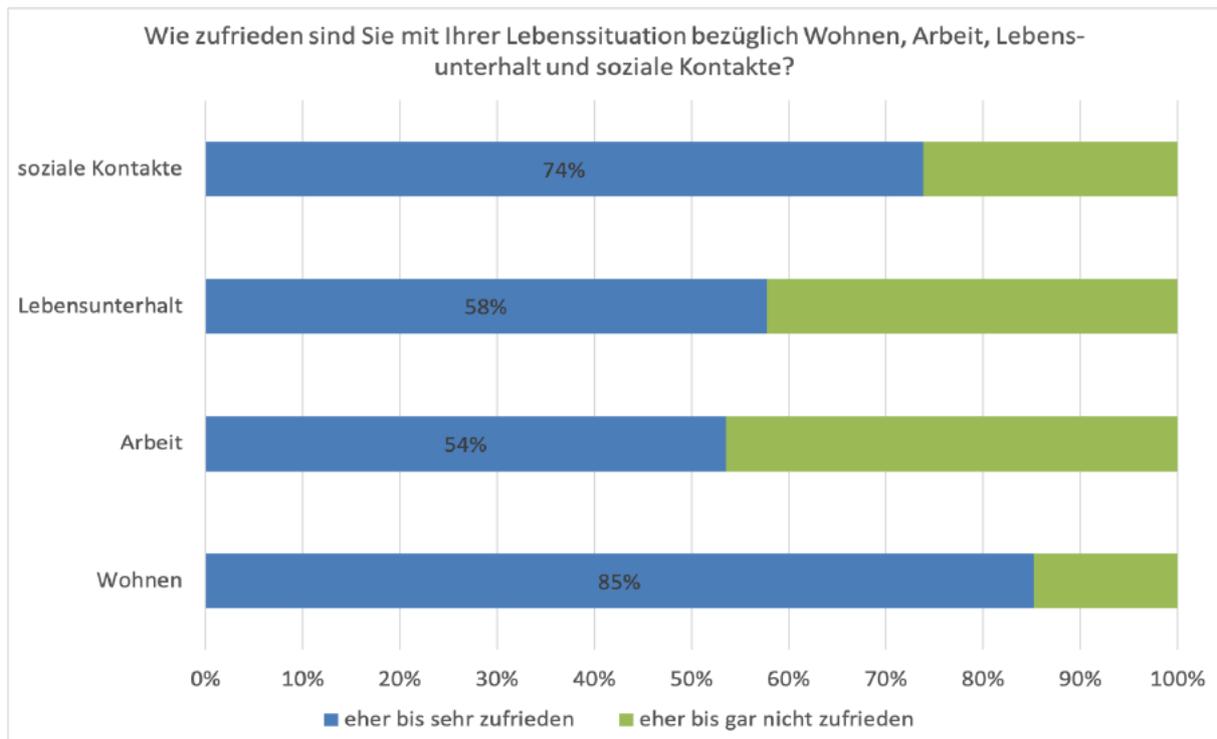
Eine der wichtigsten Fragen ist, wie sich die Behandlung in der Klinik Selhofen auf die Lebenssituation der Patient\*innen ausgewirkt hat. Bei dieser Frage gaben 63 von 88 Personen an, dass sie eine positive Veränderung erfahren haben. Bei etwas mehr als einem Viertel der Zielgruppe (24 Personen) gab es keine Veränderung und nur bei einer Person hatte der Aufenthalt negative Auswirkungen .



Bezüglich Hauptsuchtmittel gab gut ein Drittel der Befragten (51 Personen) an, ihr Hauptsuchtmitteln in den drei Monaten seit dem Entzug nicht mehr konsumiert zu haben. Bei einem weiteren Drittel der Patientinnen und Patienten hatte sich der Konsum zumindest reduziert. Lediglich drei der befragten Personen berichteten von einem stärkeren Konsum als vor dem Entzug.



Nach ihrer Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen gefragt, schätzten sich 68% der Patientinnen und Patienten als eher bis sehr zufrieden ein. Wie bereits im Vorjahr wurden die höchsten Zufriedenheitswerte 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/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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