

Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+

Version 7.0



Psychiatrie

Klinik Selhofen
Emmentalstrasse 8
Postfach 1300
3401 Burgdorf
www.selhofen.ch

Freigabe am: 03.06.2014
durch: Heinz Rolli, Geschäftsführer

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, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

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 Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Bezeichnungen

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichts zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	2
	B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013.....	2
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren.....	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	4
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
	C1 Angebotsübersicht	5
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2013.....	5
D	Zufriedenheitsmessungen	6
	D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	6
	D2 Angehörigenzufriedenheit	8
	D3 Mitarbeiterzufriedenheit.....	8
	D4 Zuweiserzufriedenheit	9
	E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie	10
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013	13
	F6 Weiteres Messthema	13
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	14
	H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	14
	H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	14
	H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	15
I	Schlusswort und Ausblick	16
J	Anhänge	17

A

Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 der Klinik Selhofen wertvolle Informationen liefern zu können.

Die Klinik Selhofen

Die Klinik Selhofen ist eine Suchtfachklinik für Männer und Frauen und bietet Platz für 20 Personen.

Die 1995 eröffnete Institution ist eine Einrichtung der Stiftung Klinik Selhofen und ist auf der Spitalliste des Kantons Bern. Der Sitz der Klinik befindet sich in Burgdorf.

Angebot

Die Klinik Selhofen fördert die Gesundheit und die gesellschaftliche Integration von suchtmittelabhängigen Personen. Sie 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.

Behandlungsschwerpunkte:

- Körperliche Entgiftung
- Stabilisierung
- Integration
- Doppeldiagnosebehandlung

In einem umfassenden qualifizierten Angebot erhalten die PatientInnen medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungen. Ein reiches Gesprächsangebot (Einzel-, Gruppen-, Standort-, Netzgespräche) wird durch Milieuthérapie, Aktivierung und Entspannung ergänzt.

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

Haltung

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

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

Anhänge zum Qualitätsbericht 2013

- Leistungscontrolling / Kennzahlen 2013 (Anhang I)
- Resultate PatientInnenzufriedenheitsbefragung ISGF 2013 (Anhang II)
- Auswertung Katamnesebefragung 2013 (Anhang III)

Link zur Website der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF):
www.gef.be.ch/gef/index/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler/qualitaet.html

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Grundverständnis

Die Klinik Selhofen ist ein lernender Betrieb, der durch Professionalität und Flexibilität massgeschneiderte Behandlungsformen anbietet. Das Angebot orientiert sich an den Kundenbedürfnissen und berücksichtigt anerkannte Qualitätskriterien. Innovation, kontinuierliche Weiterentwicklung und qualitative Verbesserung der Leistungen basieren auf regelmässiger Evaluation der Kundenzufriedenheit sowie frühzeitiger Wahrnehmung der Veränderungen am Markt. Alle Mitarbeitenden verfügen über entsprechende Fachqualifikationen und verpflichten sich zu regelmässiger Weiterbildung. Sie handeln professionell und vermitteln nach innen und aussen eine hohe Dienstleistungsbereitschaft.

Qualitätsstrategie

Das Qualitätsmanagement stellt die stetige Qualitätsentwicklung und -überprüfung sicher. Die Qualität orientiert sich an überprüfbaren Qualitätsstandards. Die Zufriedenheit von internen und externen Kunden ist dabei zentral. Das Qualitätsmanagement geschieht systematisch und umfasst die permanente Optimierung aller Prozesse.

Zum Qualitätsmanagement gehören die klar definierten Q-Funktionen, das Verbesserungsmanagement, die internen Systemaudits, die Dokumentation der Prozesse sowie die Koordination der Projektgruppen im Sinne eines kontrollierten Changemanagements.

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

Die Klinik Selhofen ist seit 2002 nach der Qualitätsnorm QuaTheDA zertifiziert, der suchtspezifischen Qualitätsnorm für den Suchthilfebereich in der Schweiz.

Vision 2015

In der Spitallandschaft des Kantons Bern sind wir als eigenständige Suchtfachklinik fest verankert und engagieren uns aktiv beim Auf- und Ausbau von Kooperationen und strategischen Partnerschaften im Sinne der Suchthilfestrategie des Kantons Bern.

Suchtmedizinische Ambulatorien an den Standorten Burgdorf, Bern, Biel und Thun fördern die Kontinuität und die Nachhaltigkeit der stationären Aufenthalte durch professionelle Vor- und Nachbehandlungen.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

Für das Berichtsjahr 2013 können zusammengefasst folgende Themenschwerpunkte festgehalten werden, welche die Klinik Selhofen beschäftigten:

- Überführung des Angebotes **Doppeldiagnose (D+)** in reguläres Behandlungsangebot der Klinik Selhofen.
- Einführung und Evaluation des überarbeiteten **Konzepts Milieuthérapie** mit systematisierter Pflegeplanung und Bezugspersonensystem.
- **REKOLE-Zertifizierung**

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

Behandlungsangebote:

- Das Angebot **Doppeldiagnose (D+)** wurde ins reguläre Behandlungsangebot der Klinik Selhofen überführt. Der Evaluationsbericht durch das ISGF ist seit Juni 2013 im Downloadbereich auf www.selhofen.ch verfügbar.
- Seit Frühling 2013 arbeitet der Pflegedienst erfolgreich mit dem **Bezugspersonensystem**. Das Konzept der Milieuthérapie wurde eingeführt und Ende 2013 mittels internem Audit evaluiert.

Betrieb (Organisation):

- Überarbeitung bestehenden Organigramms und Implementierung.

Controlling / Qualitätsmanagement i.e.S.:

- Mit einem externen Audit im Mai 2013, wurde die Klinik Selhofen **REKOLE- zertifiziert**. Die Leistungserfassung ist so ausgestaltet, dass die Kostenträgerrechnung möglich ist.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

In den kommenden Jahren werden die Klinik Selhofen folgende Schwerpunkte in der Qualitätsentwicklung beschäftigen:

Behandlungsangebot:

- Weiterentwicklung und Überprüfung der Behandlungsangebote sowohl im ambulanten Bereich (suchtmedizinische Behandlungen in den Ambulatorien) sowie im stationären Bereich (Beschäftigungsangebote, Therapieplanung etc.). Dazu wurde im 2013 ein Projekt zur Angebotsentwicklung gestartet, welches verschiedene Schwerpunkte wie z.B. individueller Wochenplan, neues körperorientiertes Angebot, neue Zielgruppen enthält.

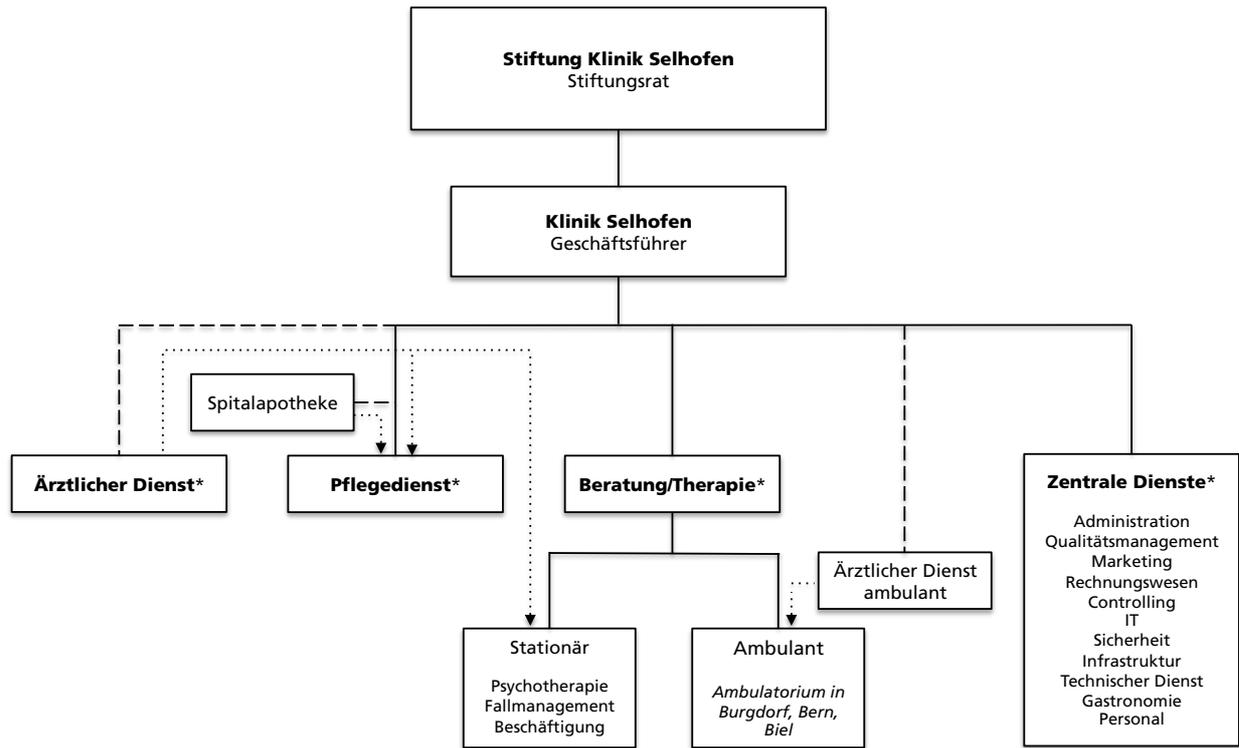
Betrieb (Organisation, Infrastruktur):

- Überarbeitung des Betriebskonzeptes der Klinik Selhofen
- Überarbeitung des Personalmanagementkonzeptes und Überprüfung/ Anpassung der Reglemente und Richtlinien
- Renovation, Neugestaltung Vorplatz

Controlling / Qualitätsmanagement i.e.S.:

- Teilnahme an ANQ-Messungen Psychiatrie, Optimierung der Datenqualität, Benchmarking
- Rezertifizierung QuaTheDA 2014 gemäss dem revidierten System 2012 und Neuzertifizierung der Module „Entzug“ und „ambulant“.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



- * Leitung ist Mitglied der Geschäftsleitung
 — direkte Unterstellung
 - - - organisatorische/betriebliche Unterstellung
 fachliche Weisungsbefugnis in definiertem Bereich

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der erweiterten Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	30% Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Judith Rohrer	034 420 41 41	jur@selhofen.ch	Qualitäts- / Sicherheitsbeauftragte
Regine Gysin	034 420 41 41	rg@selhofen.ch	Stv. Geschäftsführerin
Martina Kupferschmid	034 420 41 41	mk@selhofen.ch	Stv. Qualitätsbeauftragte

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

<http://selhofen.ch/download.html>

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Klinik Selhofen → Kapitel „Leistungen“.

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Psychiatrie und Psychotherapie		

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

[Im Anhang zu diesem Dokument.](#)

Bemerkung

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2013

Kennzahlen ambulant			
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen
Ambulant	163	---	---

Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Geleistete Pflgetage
Stationär	20	206	38	7426
Fürsorgerische Unterbringung bei Eintritt (unfreiwilliger Eintritt)	---	1	43	43

Hauptaustrittsdiagnose			
ICD-Nr.	Diagnose	Anzahl Patienten	In Prozent
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen		
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	206	100 %
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen		
F3	Affektive Störungen		
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung		
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen		
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		
F7	Intelligenzminderung		
F8	Entwicklungsstörungen		

F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend		
		Total	206
			100%

D Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
x	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
	x	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2013	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	x	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Ambulatorium Selhofen
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb	4.50	Durchschnittswert Zufriedenheit Angebot insgesamt auf einer Skala von 1 bis 5, wobei 5 den höchsten und 1 den tiefsten Zufriedenheitsgrad repräsentiert. 4.50	
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Zufriedenheit mit den Angeboten	4.53	Referenzinstitutionen: 4.58	
Zufriedenheit mit Beratung / Therapie	4.52	Referenzinstitutionen: 4.66	
Individueller Einbezug	4.53	Referenzinstitutionen: 4.50	
Entwicklung	4.41	Referenzinstitutionen: 4.24	
Für detaillierte Ergebnisse der PatientInnenzufriedenheitsbefragung: siehe Anhang II			
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:		
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
x	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Mecon	<input type="checkbox"/>	Anderes externes Messinstrument

<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments	QuaTheSI-II-17, Stichtagserhebung für den ambulanten Bereich	Name des Messinstituts	Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich
<input type="checkbox"/>	PEQ				
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/>	POC(-18)				
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark				
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument	Bemerkung: zusätzlich führt die Klinik ganzjährig bei allen stationär behandelten PatientInnen die Patientenzufriedenheitsbefragungen analog dem QuaTheSI-I-4 durch.			
Beschreibung des Instruments		Diese Ergebnisse der internen Befragung werden jährlich ausgewertet und intern publiziert.			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Erhebung des ISGF, alle im März 2013 behandelten ambulanten PatientInnen			
	Ausschlusskriterien	keine			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		23			
Rücklauf in Prozent		58 %	Erinnerungsschreiben?	X Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
x	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
	Bezeichnung der Stelle
	Name der Ansprechperson
	Funktion
	Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)
	Bemerkungen

Infodrog

Schweizerische Koordinationsstelle der stationären Therapieangebote im Drogenbereich

Eigerplatz 5 PF 460 3000 Bern 14 Tel.: 031 376 04 01

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

Nebst der offiziell bezeichneten Ombudsstelle besteht für Patienten wie für die Mitarbeitenden klinikintern die Möglichkeit, Beschwerden und Verbesserungsvorschläge über das interne Verbesserungsmanagement an den/die Qualitätsbeauftragte/n zu richten.

D2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigen-zufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
x	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .		
	Begründung	Wenig direkte Angehörigenarbeit	
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeberin und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
x	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	x	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
			2014

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	1.54	Die Zufriedenheit der Mitarbeiter kann grundsätzlich als sehr hoch angesehen werden. Der Mittelwert bezieht sich auf eine vier-stufige Skala wobei 1 für sehr zufrieden und 4 für stark unzufrieden steht.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	Die Mitarbeitenden wurden über die Ergebnisse der Befragung mündlich und schriftlich informiert. Aus den Ergebnissen wurden entsprechende Massnahmen abgeleitet (siehe unter Verbesserungsaktivitäten).
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
x	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments	Schriftlicher Fragebogen mit 20 Items zur Arbeitszufriedenheit, in welchen jeweils	

	die Wichtigkeit und die Zufriedenheit auf einer vierstufigen Skala abgefragt wurden
--	---

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	an Personalretraite anwesende MA (67% aller Mitarbeitenden)		
	Ausschlusskriterien	-		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		23		
Rücklauf in Prozent		100%	Erinnerungsschreiben?	x Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Mitarbeiter-Information	Erhöhung der Zufriedenheit der MA mit der Informationspolitik	alle	6/2012 -4/2013

D4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweiser (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiser-Zufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
x	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	x	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2013	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	x	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Bereich Beratung Therapie Bereich ärztlicher Dienst

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	84%	Anteil der Befragten, die insgesamt eher bis sehr zufrieden sind.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Beratung Therapie	81%	Anteil der Befragten, die insgesamt eher bis sehr zufrieden sind.
Ärztlicher Dienst	86%	Anteil der Befragten, die insgesamt eher bis sehr zufrieden sind.
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert.	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
x	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	Die Ergebnisse wurden intern in den Bereichen besprochen und mit den Zuweisenden wo angebracht Kontakt aufgenommen

Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/> Externes Messinstrument			
Name des Instruments		Name des Messinstituts	
x Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments		Fragebogen mit 7 Items, die auf einer vierstufigen Skala bezgl. der Zufriedenheit geratet werden können. Items decken die Zusammenarbeit, die Information, den Einbezug in die Behandlung usw. ab.	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Während 4 Monaten im Jahr wurden alle Ärzte, Psychiater und Sozialdienste der austretenden PatientInnen befragt.	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		65	
Rücklauf in Prozent		41%	Erinnerungsschreiben? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
persönliche Nachfassung	persönliche telefonische Kontaktaufnahme durch Fallmanagement mit Zuweisenden, welche geringe Zufriedenheit angaben > Klärung der Anliegen an Zusammenarbeit	Beratung/Therapie	während Befragungsperiode 2013

E Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs 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 Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Die ANQ-Messvorgaben gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten 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. Zusätzlich werden freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben, insofern eine Klinik solche einsetzt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messbeteiligung

Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Erwachsenenpsychiatrie			
Symptombelastung mittels HoNOS Adults (Fremdbewertung)	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung mittels BSCL (Selbstbewertung)	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels EFM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
Bemerkung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

Da die Psychiatriekliniken sehr unterschiedliche Patientengruppen haben, lassen sich die klinikindividuellen Messergebnisse nur punktuell vergleichen. Nationale Vergleichswerte von Kliniken finden sich im Nationalen Vergleichsbericht Outcome des ANQ.

National vergleichende Messergebnisse
Der nationale Vergleichsbericht Outcome (Messungen 2013) wird im Herbst 2014 auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie

E2-1 Erwachsenenpsychiatrie

Die nationalen Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie erfolgen seit dem 1. Juli 2012.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten
	Ausschlusskriterien	-
Bemerkung		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Symptombelastung mittels HoNOS Adults

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Fremdbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹	Maximal mögliche Verbesserung
4.33	4.54	- 48 Punkte	+ 48 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht : www.anq.ch/psychiatrie			

¹ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOS auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 12 symptombezogenen HoNOS- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Symptombelastung mittels BSCL

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten.

Klinikindividuelle Ergebnisse			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ²	Maximal mögliche Verbesserung
24.78	32.27	- 212 Punkte	+ 212 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht : www.anq.ch/psychiatrie			
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung			

Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Diese sollten selten und nur gut begründet und v.a. unter zwingender Beachtung der nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie gerontotypische Sicherheitsmassnahmen wie Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen
National vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: www.anq.ch/psychiatrie
Deskriptive Angaben zur Erhebung finden sich im Kapitel F4.

Verbesserungsaktivitäten in der Erwachsenenpsychiatrie

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Optimierung Datenerhebung	Datenerhebung möglichst benutzerfreundlich gestalten, Rücklaufquote erhöhen.	Beratung / Therapie	5/2012 bis 6/2013

² Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim BSCL auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht der Patientin resp. des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient bei Eintritt in seiner Selbsteinschätzung komplett ohne Symptome eintritt und bei Austritt in seiner Selbsteinschätzung bei allen 53 symptombezogenen BSCL-Fragen eine totale Verschlechterung eingetreten ist. „+ 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient in der Selbsteinschätzung bei Klinikeintritt maximal symptombelastet ist und sich bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013

F6 Weiteres Messthema

Messthema	Katamnese
Was wird gemessen?	Konsum, Behandlung, Zufriedenheit mit Lebensqualität, Zielerreichung und Behandlungseffekte 3 Monate nach Austritt

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
Katamnesebefragung	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Für die Auswertung der Katamnesebefragung 2013: siehe Anhang III.	
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
	Begründung
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Katamnesebefragung
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	PatientInnen 3 Monate nach Austritt
	Ausschlusskriterien	PatientInnen mit Aufenthalt < 7 Tage
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		65, Rücklauf 41 %
Bemerkung		Zustellung des Fragebogens drei Monate nach Austritt, nach 3 Wochen telefonische Nachfassung



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
QuaTheDA - Basismodul - Stationäre Suchttherapie und -rehabilitation	Ganze Klinik	2002	2011	Nächste Rezertifizierung 2014
Betrieb Spitalapotheke gemäss Vorgabe Kantonsapothekeramt	Pflegedienst, ärztlicher Dienst	Erste Inspektion im 2012		

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit), welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Interne Audits	Kontinuierliche Verbesserung	Ganze Klinik	permanent
Jährliche Aufrechterhaltungsaudits bzw. alle 3 Jahre Rezertifizierung	Kontinuierliche Verbesserung	Ganze Klinik	permanent
EKAS	Umsetzung und Einhaltung der Richtlinien betreffend Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Ganze Klinik	permanent
Angebotsentwicklung	Angebotserweiterung durch ein körperorientiertes Modul und Einführung eines neuen individualisierten Wochenplans. Prüfung Angebotsausdehnung auf neue Zielgruppen.	Ganze Klinik	2013-2016
Personalmanagement	Personalmanagementkonzept erstellen, welches Aussagen auf der strategischen Ebene sowie die Beschreibung der Prozesse auf der operativen Ebene des Personalmanagements beinhaltet.	Ganze Klinik	2013-2014
Marketing	div. laufende Projekte: Überarbeitung Logo und Corporate Design, neue Drucksachen etc.	Ressort Marketing	permanent
Betriebskonzept	Überarbeitung und Systematisierung Betriebskonzept, Anpassung / Abstimmung der Q-Dokumentation	Ganze Klinik	2015-2016

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein CIRS?
	Begründung
x	Ja , unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.
	x Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.
	Bemerkung

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitlel	Einführung Bezugspersonensystem
Bereich	x internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Die Klinik Selhofen bietet eine Milieuthherapie, die sich auf die Entwicklung von Alltags-, Selbst- und Sozialkompetenzen mit dem Ziel einer selbstständigeren und selbstbestimmten Lebensgestaltung konzentriert.
Beschreibung	Jedem Patienten wird eine Person aus dem Pflegedienst zugeteilt, die ihn während dem Aufenthalt unterstützt. Die Bezugsperson führt spätestens eine Woche nach Klinikeintritt mit Patienten ein Erstgespräch durch. Daraus resultiert eine Pflegediagnose und die Planung von Interventionen und Massnahmen gemeinsam mit dem Patienten. Die individuellen Ziele werden auf einer GAS-Ziel-Skalierung definiert und im weiteren Verlauf regelmässig überprüft. Die Bezugsperson und der Patient führen alle 14 Tag Verlaufsgespräche. Zum Abschluss wird der Austritt vorbereitet und ein letztes Zielüberprüfungsgespräch durchgeführt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Fallmanagement und ggf. der Psychotherapie ist dabei wichtig, um Synergien zu nutzen.
Projekttablauf / Methodik	Konzepterstellung, Implementierung, Evaluation
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?
	x Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Beratung / Therapie
Projektelevaluation / Konsequenzen	Positive Rückmeldungen von Pflegenden und Patienten: Die individuelle Arbeit der Pflegenden mit der Klientel ist sichtbar. Die Massnahmen werden dokumentiert und systematisch überprüft. Die Verbindlichkeit und das Vertrauen ist gestärkt.
Weiterführende Unterlagen	

Zusammenfassend können für das Berichtsjahr sowie ausblickend folgende Themenschwerpunkte festgehalten werden:

- Die Einführung und Evaluation des Konzeptes Milieuthherapie mit systematischer Pflegeplanung und Bezugspersonensystem wurde erfolgreich durchgeführt.
- Nach der Integration der Doppeldiagnosebehandlung in das reguläre Behandlungsangebot der Klinik Selhofen gilt es, den Bekanntheitsgrad des Angebots insbesondere auch bei ausserkantonalen PatientInnen zu erhöhen.
- Der bedarfsgerechte Ausbau des ambulanten Angebots hat die Klinik im 2013 beschäftigt und wird auch in den nächsten Jahren im Fokus stehen. Dabei wird es vor allem darum gehen, den Bekanntheitsgrad des Angebots bei PatientInnen und Zuweisenden zu steigern und die Effizienz zu erhöhen.
- 2013 startete das Projekt Angebotsentwicklung. Ab 2015 ergänzt die Klinik ihr Angebot mit einem zusätzlichen körperorientierten Modul, um eine umfassendere Behandlung anzubieten. Weiter wird ein neuer Wochenplan eingeführt mit dem Ziel, mehr Individualisierung zu ermöglichen und die Behandlung noch besser auf PatientInnen abzustimmen. In einem weiteren Schritt soll überprüft werden, ob die Klinik Selhofen Angebote für weitere Zielgruppen anbieten will.
- Nebst diesen Schwerpunkten im Bereich der Behandlung und Angebote sind die Vorgaben und Anforderungen, welche von externen Stellen an die Klinik Selhofen herangetragen werden, zahlreich und komplex. Hier gilt es, die vorhandene Datengrundlage und die Qualität der Daten stetig zu überprüfen und an die internen und externen Bedürfnisse anzupassen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere zu nennen:
Erfüllung der Anforderungen an das Rechnungswesen und die Leistungserfassung
Teilnahme an den ANQ-Messungen Psychiatrie und als Referenzklinik bei TarPsy
Tarifverhandlungen mit den Versicherern

J1 Anhang I: Leistungscontrolling / Kennzahlen 2013 (Basis 20 Betten)

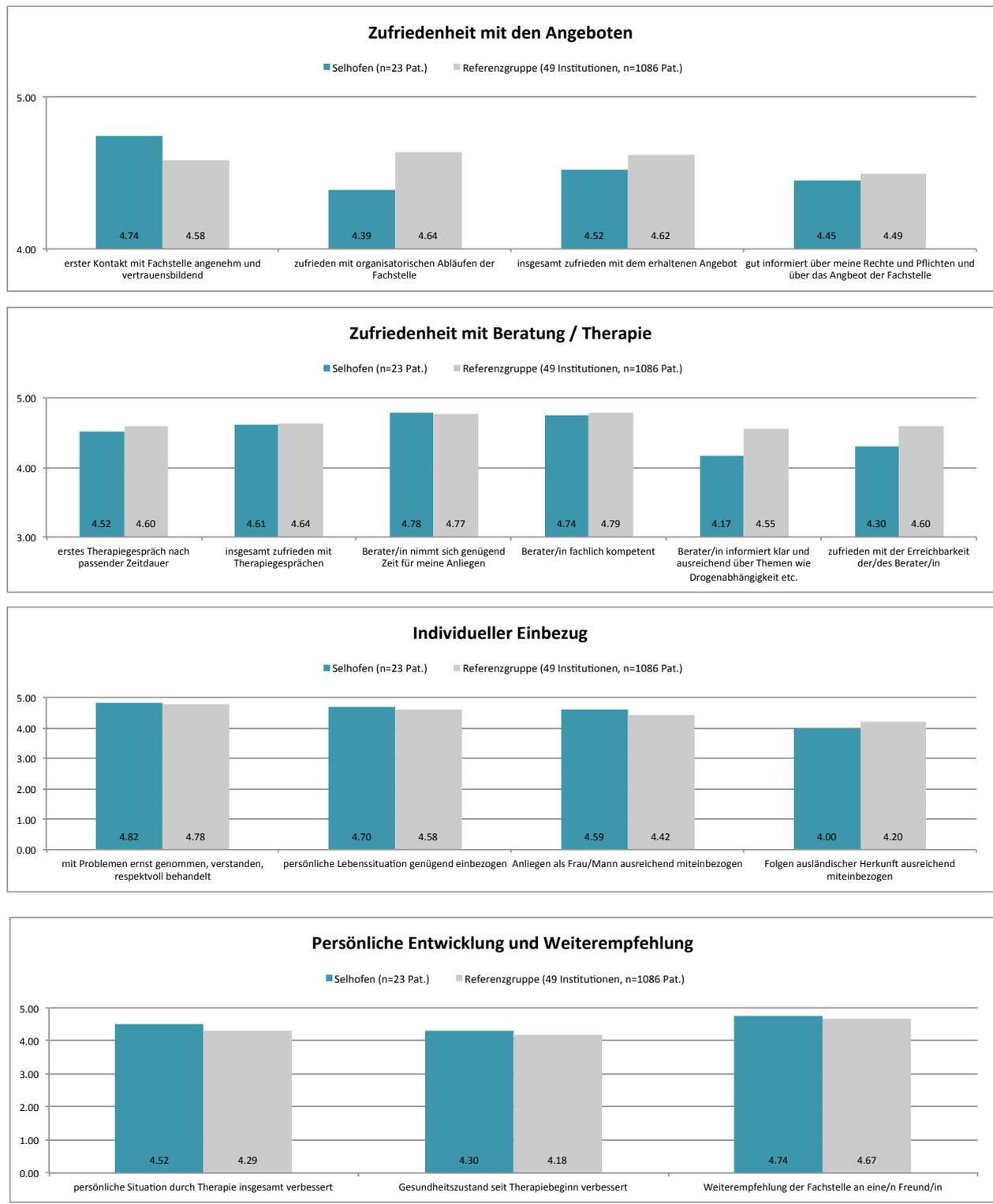
Indikator	2013	Bemerkungen
Aufenthaltsstage	7426	max. mögliche Behandlungstage ?
Auslastung gesamt %	101.79%	
Anteil Ausserkantonale %	10%	
Eintritte total	189	
Wartezeit Ø Tage	20.44	ab Erfüllung der Auflage bis Eintritt
Zuweisung Ambulatorium	40%	
Alter bei Eintritt Ø	35.82	
Alter bis 22-jährig bei Eintritt %	7.41%	
Herkunft Kanton Bern %	89.42%	Herkunft Stadt Bern und Kt. Bern
Herkunft Stadt Bern %	16.93%	Prozent von Gesamteintritte
Herkunft ausserkantonale %	10.58%	
Eintritte freiwillig %	99.47%	
Eintritte Massnahme %	0.53%	
Eintritte FFE %	0.00%	
Austritte total	192	
Austritte regulär %	64.58%	
Behandlungsabbrüche %	35.42%	inkl. Frühabbrüche
Frühabbrüche (< 4 Tage) %	2.08%	
Entzug abgeschlossen %	82.29%	körperliche Entgiftung bei Austritt abgeschlossen
Anschlussituation nach Austritt		
Austritt mit stationären Anschluss	12%	% aller regulären Austritte
Austritt mit ambulanten Anschluss	31%	% aller regulären Austritte
Austritt ohne prof. Anschluss	22%	% aller regulären Austritte
Aufenthaltsdauer		
Aufenthaltsdauer Ø Tage	37.50	
Aufenthaltsdauer gepl. Austritte Ø Tage	40.45	
Behandlungstage Hochtarif	5126	1.-40. Tag
Behandlungstage Niedertarif	2300	ab 41. Tag
Zielerreichung		
Zielerreichung reg. Austritte Patienten	5.87	Skala 1-7, 1 = kein Ziel erreicht, 7 = alle Ziele vollständig erreicht
Zielerreichung reg. Austritte Fallmanagement	5.15	
Zufriedenheit		
Patientenbefragung Rücklauf %	70.16%	Befragung der regulär Austretenden
Patientenzufriedenheit %	93.34%	zufrieden bis sehr zufrieden
Personal		
Personalfluktuatation %	11.20%	innerhalb eines Jahres
Mitarbeitergespräche %	100.00%	einmal jährlich

J2 Anhang II: Resultate PatientInnenzufriedenheitsbefragung ISGF 2013

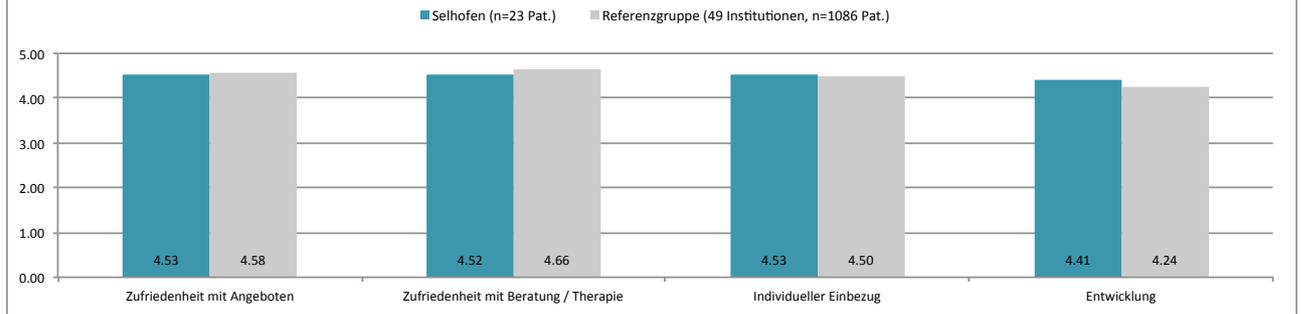
Zusammenfassung Auswertung Patientenzufriedenheit ambulant ISGF 2013

3. Erhebung zur Zufriedenheit von PatientInnen in ambulanten Suchtberatungsstellen, März 2013

Erhebungszeitraum März 2013
 Anzahl Institutionen und Stichprobengröße gesamt 50 Institutionen, N=1109 PatientInnen
 Stichprobengröße Ambulatorium Selhofen n = 23 PatientInnen
 Stichprobengröße Referenzgruppe n =1086 PatientInnen

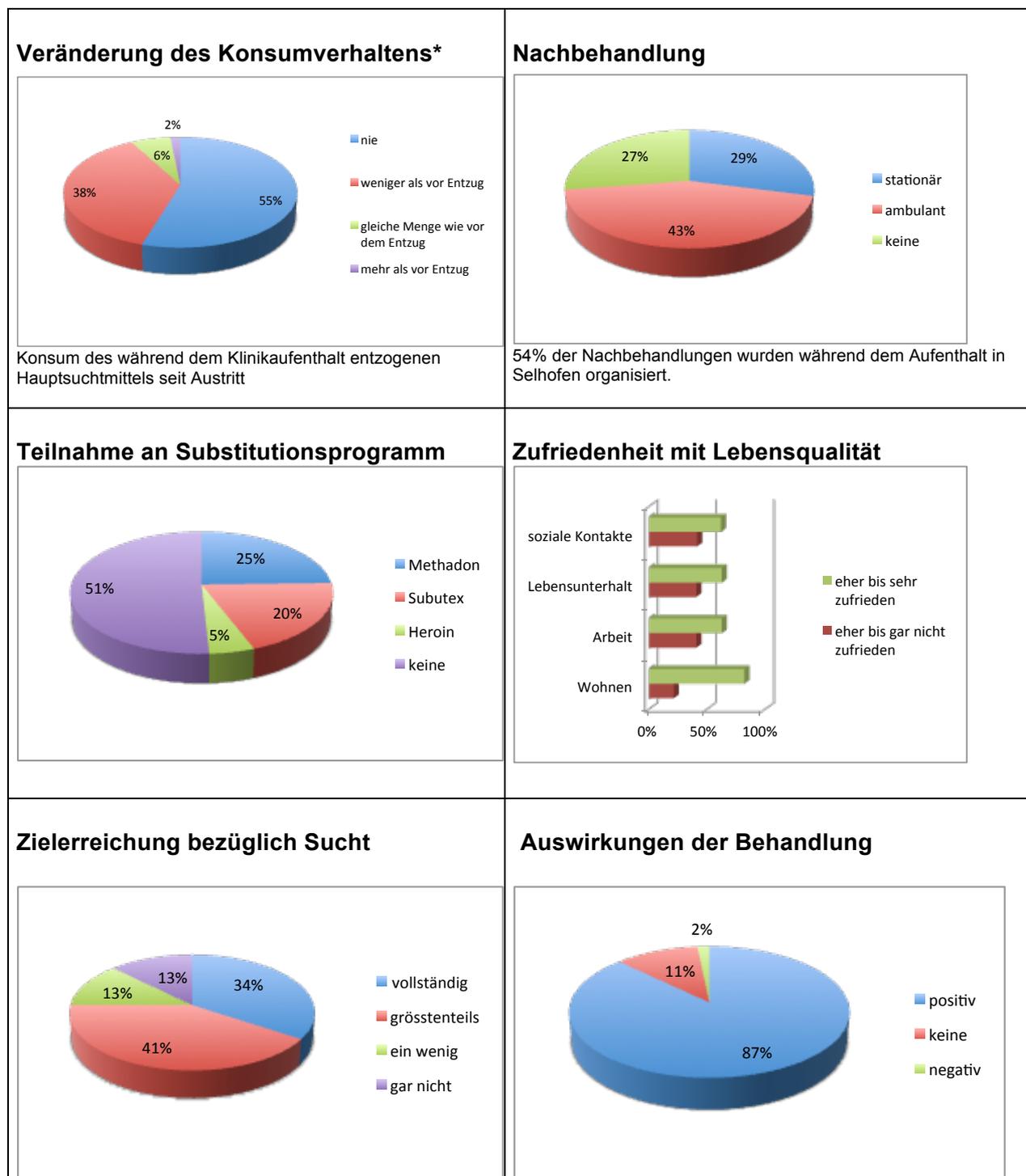


Zusammenfassung Zufriedenheit



J2 Anhang III: Auswertung Katamneseergebnisse 2013

Die untenstehenden Ergebnisse beziehen sich auf die Katamnesebefragung im Jahr 2013. Vom 1.1. – 31.12.2013 wurden insgesamt 159 Katamnesefragebogen verschickt, wovon 65 zurück geschickt wurden. Dies entspricht einem **Rücklauf von 41%**. In 108 Fällen wurde durch die Patientenadministration eine telefonische Nachfrage getätigt, wobei dies in 20 Fällen zum Rücklauf führte (19% aller zurückgeschickten Fragebogen).



Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitalern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.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 Wissenschaften (SWISSA) und der SSM. Die Regeln für die Qualitätssicherung sind im Anhang des Qualitätsberichts und in der Leitlinie über die Verwendung der Vorlage der H+ Vorlage.