



*Psychiatrisch-Psychotherapeutische
Spezialklinik für Frauen*

FRAUENKLINIK am Meissenberg Zug

Frauenklinik am Meissenberg Zug
Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen
Klinik Meissenberg AG
Meissenbergstr. 17
Postfach 1060
6301 Zug

			
Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	Langzeitpflege

Qualitätsbericht 2009

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern
und Basel-Stadt



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie.....	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	4
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	4
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	6
C1	Kennzahlen Akutsomatik	6
C2	Kennzahlen Psychiatrie	6
C3	Kennzahlen Rehabilitation	6
C4	Kennzahlen Langzeitpflege	6
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	7
D1	Zufriedenheitsmessungen.....	7
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	7
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit.....	8
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	9
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	10
D2	ANQ-Indikatoren	11
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	11
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen.....	11
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	12
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	12
D3	Weitere Qualitätsindikatoren.....	13
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	14
D5	KIQ-Pilotprojekte.....	15
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	15
D5-2	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation	15
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	16
E1	Pflegeindikatoren	16
E1-1	Stürze	16
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	16
E2	Weitere Qualitätsindikatoren.....	17
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege	17
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings	17
F	Verbesserungsaktivitäten	18
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	18
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	18
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte.....	18
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	19
G	Schlusswort und Ausblick	21
H	Impressum.....	22
I	Anhänge.....	23



Qualitätsprojekte stehen auch in der Klinik im Spannungsfeld von Tagesroutine und eingespielten Abläufen auf der einen Seite sowie einer kritischen Prüfung und Hinterfragung von Abläufen mit dem Ziel, eine Qualitätsverbesserung zu bewirken. Ebenso besteht auch ein Spannungsfeld zwischen dem Wunsch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, möglichst wenig neue Abläufe oder Richtlinien beachten zu müssen auf der einen Seite und der Notwendigkeit, Schwachstellen zu optimieren. Ein drittes Spannungsfeld schliesslich sind die Kosten: Qualitätsprojekte sollten nach Möglichkeit nicht zu viel Aufwand zur Folge haben, weder finanziell noch personell. Trotzdem verlangt eine kritische Hinterfragung von Abläufen und das Implementieren neuer Vorgehensweisen immer auch einen Mehraufwand. Qualitätsarbeit steht somit im Spannungsfeld zwischen Wünschbarem und Machbarem.

Anstösse für Qualitätsprojekte kommen aus unterschiedlichen Richtungen. Z.T. sind es tägliche Abläufe resp. Mängel in täglichen Abläufen, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern direkt angesprochen werden. Qualitätsberichte kommen jedoch z.T. auch von Oben oder von Aussen. So ist die Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Beirat der Klinik explizit dazu gedacht, dass eben auch Qualitätsaspekte dem Know-How der universitären Mitglieder entstammen und von ihrer Seite her Anregungen in die Klinik gelangen. Eine dritte Quelle schliesslich ist die wissenschaftliche Evaluation der Ergebnisse der vergangenen Jahre. Wenn z.B. festgestellt wird, so geschehen im Rahmen der Patientenzufriedenheitserhebung, dass Patientinnen mit der Pharmakotherapie weniger zufrieden sind als mit anderen Aspekten der Behandlung, so kann auch hieraus Handlungsbedarf entstehen.

Im Folgenden werden punktuell einzelne Aspekte der Qualitätsverbesserung erwähnt. Eine vollständige Übersicht aller Qualitätsprojekte im Jahre 2009 und 2010 findet sich im Anhang.



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

1. Validierung der Austrittsmessung

Psychodiagnostische Befunderhebung zur Sicherung der Behandlungsqualität hat in der Psychiatrischen Klinik Meissenberg (PKM) einen zentralen Stellenwert. Da diese Messungen durch die behandlungsführenden Ersttherapeutinnen und –therapeuten erhoben werden, stellt sich immer die Frage, ob hier allenfalls ein "Bias" dergestalt vorliegt, dass Patientinnen "Gefälligkeitsbeurteilungen" vornehmen. Ziel der Validierung der Austrittsmessung war es, durch eine unabhängige Stelle (Patientenadministration) eine Kontrollmessung mit einem "lag" von einem bis drei Tagen vorzunehmen.

2. Einschränkungen des Besuchs- und Kontaktrechtes

Patientinnen, die sich in eine stationäre Behandlung begeben, kommen immer aus einem psychosozialen Umfeld, das zuvor und danach integraler Bestandteil ihres Lebens war und sein wird. Die stationäre Behandlung stanzt so einen kurzen Ausschnitt aus dem Kontinuum der Lebensführung mit der vielfältigen Vernetzung. Die Frage, in welchem Ausmass die je individuellen psychosozialen Kontakte als hilfreich oder eben als erschwerend für die Genesung beurteilt werden, schwankt von Einzelfall zu Einzelfall, häufig aber auch von Beurteiler zu Beurteiler. Unter der Prämisse, dass es keinen "voyeur sans bagages" gibt, verdient die Frage des Umgangs mit den jeweiligen Kontakten, die das psychosoziale Umfeld der Patientinnen abbilden, eine zentrale Bedeutung. Inhalt dieses Qualitätsschwerpunktes war es, eine Haltung zu definieren, die einen angemessenen Umgang garantiert.

3. Willensäusserung zur Pharmakotherapie

Aus Repräsentativumfragen unter der Schweizer Bevölkerung ist bekannt, dass bzgl. der Einstellung zu einer psychopharmakotherapeutischen Behandlung eine grosse Vielfalt von Einstellungen und Haltungen existiert. Patientinnen, die einer Behandlung aufgeschlossen und kritiklos gegenüber stehen, sind genauso in der Klientele vertreten wie solche, die keine Behandlung mit Pharmakotherapie wünschen. Ziel des Qualitätsberichtes war es, die Willensäusserung der Patientinnen zur Pharmakotherapie explizit zu kennen, um sie in der Folge in der Behandlungsplanung und –durchführung angemessen berücksichtigen zu können.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

1. Validierung der Austrittsmessung

Die statistische Überprüfung der Austrittswerte, erhoben per Ersttherapeuten und durch die Patientenadministration ergab, eine fast vollständige Übereinstimmung und eine hoch signifikante Korrelation. Die Austrittskennwerte der psychodiagnostischen Untersuchung, so der Schluss dieses Qualitätsberichtes, ist somit in hohem Masse valide und bildet die Behandlungsergebnisse korrekt ab.

2. Einschränkungen des Besuchs- und Kontaktrechtes

Weil Einschränkungen des Besuchs- und Kontaktrechtes einen wesentlichen Eingriff in die persönliche Freiheit der Patientinnen einerseits, jedoch auch in das psychosoziale System, dem die Patientinnen entstammen, darstellen, sollen solche Einschränkungen nur in speziellen Ausnahmefällen erlaubt sein. Hierzu wurde die Richtlinie erlassen, dass Einschränkungen nur auf der Ebene "Medizinisch-Therapeutische Leitung" erlassen werden können. Hat eine behandlungsführende Ersttherapeutin das

Anliegen, Einschränkungen zu erlassen, so hat ein begründeter Antrag an die entsprechende Stelle gestellt zu werden. Dies soll garantieren, dass nicht vorschnell und ohne Berücksichtigung möglichst vieler Einflussfaktoren Einschränkungen des Besuchs- und Kontaktrechtes erlassen werden.

3. Willensäußerung zur Pharmakotherapie

Die Willensäußerung zur Pharmakotherapie liegt per 2010 den Patientinnen explizit vor. Dies ermöglicht es, den behandlungsführenden Therapeutinnen und Therapeuten, explizit auf die Bedürfnisse der Patientinnen einzugehen.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Aus der Auswahl der Qualitätsberichte, welche im Anhang darstellt sind, sind zwei Projekte speziell zu nennen:

1. Rehospitalisierung

Die PKM ist aufgrund der befundgestützten Zieldefinition und auch der Überprüfung der Zielerreichung eine Institution, in der die Hospitalisierungen durchschnittlich ca. 77 Tage dauern. Dies erscheint auf den ersten Blick als ausserordentlich hoch. Ziel des Qualitätsprojektes ist es zu überprüfen, ob diese Hospitalisationsdauer unter dem Aspekt der Zielerreichung angemessen ist und wie sie sich hinsichtlich Rehospitalisierungen präsentiert. Hier sollen Zahlen anderer Institutionen beigezogen werden, die eine kürzere Behandlungsdauer aufweisen. Dort soll jedoch der Benchmark unter Einbezug der Rehospitalisierungen erfolgen. Ziel ist es, die Behandlung über die Zeit der jeweiligen stationären Behandlung hinaus zu verfolgen, um so integrale Kenntnisse über den Krankheitsverlauf zu gewinnen.

2. Berichtswesen

Berichte sind nicht nur eine Visitenkarte der Klinik, Berichte bilden auch den Stand der Reflexion in Bezug auf Krankheitsbild, Behandlungsziele und Behandlungsmassnahmen dar. Ziel der Optimierung des Berichtswesens ist es, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine kognitive Struktur entwickeln, die die Strukturierung der Behandlung therapiebegleitend und nicht ex post facto ermöglichen.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der 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, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	120 Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
PD Dr. Ernst Hermann	079 322 07 68		Mitglied der Klinikleitung



Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle		
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene		
Anzahl stationäre Patienten		
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene		
Anzahl Pfl egetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte		

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pfl egetage
stationär	71	268	77.4	21690
Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht		<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl stationäre Patienten		
Anzahl Pfl egetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte		

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.		
Anzahl Pfl egetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung		
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte		



Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: _____ Nächste Messung: _____
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: _____
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen: _____
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen: _____

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
		vgl. Berichte auf der Homepage www.meissenberg.ch

<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input checked="" type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien		alle Hospitalisierten	
Ausschlusskriterien		keine	
Rücklauf in Prozenten		53 %	
Erinnerungsschreiben?		<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
	<input type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Im Rahmen der Erhebung der Patientenzufriedenheit wird auch erfragt, in welchem Ausmass Angehörige einbezogen wurden und wie zufrieden die Patienten damit sind. Aus diesen Ausführungen geht hervor, dass der Einbezug der Angehörigen keineswegs systematisch erwünscht ist. Gegen einen systematischen Einbezug der Angehörigen und auch die Erfragung der Angehörigenzufriedenheit sprechen im Übrigen u.E. auch Persönlichkeitsrechte der Patientinnen und Datenschutzaspekte.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung: 2010
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Fragebogen zur Erfassung der adaptiven Arbeitszufriedenheit	Name des Messinstitutes
	Entwickelt an der Universität Bern		
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		Fragebogen zur Erfassung der adaptiven Arbeitszufriedenheit	
Einschlusskriterien		alle Mitarbeiter/innen	
Ausschlusskriterien		keine	
Rücklauf in Prozenten		67 %	
Erinnerungsschreiben?		<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Wir haben in der Vergangenheit versucht, Zuweiser anzuschreiben in Bezug auf die Zufriedenheit mit unserer Institution. Der Rücklauf war derart bescheiden, dass wir fortan darauf verzichten, eine systematische Zuweiserzufriedenheit zu erheben. Jedoch führen wir individuelle Gespräche dort, wo Handlungsbedarf ist. Ebenso gehen wir dann auf Zuweiser zu, wenn sie uns auf irgend eine Art Probleme oder Unzufriedenheit signalisieren.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
261	33	12.3 %	365 Tage	QB

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<p>Zur Zeit haben wir eine wissenschaftliche Untersuchung laufen, in welcher die Anzahl Wiedereintritte in den zurückliegenden 8 Jahren analysiert wird. Dabei versuchen wir, neben allgemeinen Kennzahlen zur Rehospitalisierung (vgl. oben die Rehospitalisierungsrate innert einem Jahr), auch Rehospitalisierungsraten innerhalb der Fristen zu analysieren, wie sie zur Zeit bzgl. der Diskussion, "wann ist ein Fall ein neuer Fall, wann ist es ein alter Fall", geführt werden. Generell zeigt sich als erster Trend, dass die Hospitalisierungsdauer in der Klinik Meissenberg deutlich länger ist als in anderen Institutionen ausfällt, dass umgekehrt jedoch die Rehospitalisierungsrate auch deutlich tiefer ist als in anderen Institutionen, welche ihre Ergebnisse publizieren.</p> <p>In einem Pilotprojekt mit einzelnen Kostenträgern haben wir ausserdem untersucht, wie hoch die Rehospitalisierungsrate insgesamt, also nicht nur innerhalb der eigenen Klinik, ausfällt. Diesbezüglich wurden von den entsprechenden Kostenträgern Patientinnen weiter verfolgt. Die entsprechenden Daten sind im Jahresbericht 2008 abgedruckt (vgl. diesbezüglich die Internetpublikationen).</p>			
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja. Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<p><input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).</p> <p><input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.</p> <p><input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.</p>			

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?

Nein, die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution **nicht** gemessen.

Ja. Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.

Keine Messung im Berichtsjahr 2009. **Letzte Messung:** **Nächste Messung:**

Ja. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.

Spitalgruppen: an welchen Standorten?

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase		
<input type="checkbox"/> Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/> Hernieoperation		
<input type="checkbox"/> Operation am Dickdarm		
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie		
<input type="checkbox"/> Hüftgelenksprothesen		
<input type="checkbox"/> Kniegelenksprothesen		
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?

Nein, die Infektionen werden in unserer Institution **nicht** gemessen.

Ja. Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.

Keine Messung im Berichtsjahr 2009. **Letzte Messung:** **Nächste Messung:**

Ja. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.

Spitalgruppen: an welchen Standorten?

Infektions-Messthema

Messung im Berichtsjahr 2009

Gemessene Abteilungen: **Ergebnis:**

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).

Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

internes Instrument **Name des Instrumentes:**

externes Instrument **Name Anbieter / Auswertungsinstanz:**

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



Messthema		Zwangsmassnahmen	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen werden in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes: PKM-ZM		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema		Dokumentation gefährdendes Verhalten	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen werden in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz: BSL		

Messthema		Medikamentensicherheit	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
BDI	A	D	A
STAI	A	D	A
B-L	A	D	A
PSSI	A	D	A
BPRS	A	D	C
SCL-90	A	D	A
NOSIE	A	D	A
Bemerkungen			

Legende:

- ¹ **A**=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung
- ² **A**=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System
D=International anerkanntes Verfahren
- ³ **A**=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009
C=Einführung im Berichtsjahr 2009

D5 KIQ-Pilotprojekte



Das nationale KIQ Pilotprojekt Psychiatrie, getragen von H+, santésuisse und MTK, mit Beisitz von der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, spezifiziert für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation die Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinikinternen Messungen sowohl aus Patientensicht (Selbstrating) als auch aus Behandlungssicht (Fremdrating), mit einem regelmässigen Austausch und einer Vernetzung zwischen allen Pilotkliniken und auch einem systematischen Vergleich der Messergebnisse der Pilotkliniken wird im zweijährigen Pilot die Qualität und die Reflexion über Verbesserungsmassnahmen gefördert.

Erst im März 2009 schlossen sich die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung **KIQ** und der Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung **IVQ** zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken **ANQ** zusammen. Deshalb wird in diesem Berichtsjahr noch die Bezeichnung KIQ verwendet.

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input checked="" type="checkbox"/> ja	Gewählte Messvariante: <input checked="" type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen <input checked="" type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität <input checked="" type="checkbox"/> Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
<input type="checkbox"/> nein	

Wir haben uns gleich zu Beginn für das KIQ-Pilotprojekt gemeldet, wurden jedoch nicht berücksichtigt. Von daher ist die obige Charakterisierung etwas irreführend. Wir setzen seit 2003 Qualitätsindikatoren ein, die über die minimalen KIQ-Messvariablen hinausgehen. Diese sind auch Jahr für Jahr in den entsprechenden Publikationen festgehalten.

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule (LWS) <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule (HWS) <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten (UEX) <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten (OEX) <input type="checkbox"/> ganzer Körper (SYS)
<input type="checkbox"/> ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
<input type="checkbox"/> nein	



Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:			
Ergebnis gesamt:		Anteil mit Behandlungsfolgen:	Anteil ohne Behandlungsfolgen:
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009	
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009	
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	
Gemessene Abteilungen:	Ergebnis gesamt:
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

Entstehungsort der Dekubiti	Werte (quantitativ)				
	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung					
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.					
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen					

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009	
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



Indikator	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Freiheitseinschränkende Massnahmen: Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall		
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen.	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema	Hospitalisation auf geschlossener Abteilung		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Klinik		
Gemessene Abteilungen:	geschlossene Abteilung	Ergebnis:	...
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema	Zwangsmassnahmen		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:	geschlossene Abteilung	Ergebnis:	...
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		



Verbesserungsaktivitäten



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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, permanenten Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Ganzer Betrieb	Kriteriumsdefinition Vollendete Behandlung / Behandlungsabbruch	Klare Operationalisierung der Kriterien	in Arbeit
	Willensäusserung zur Pharmakotherapie	Explizite Berücksichtigung des Bedürfnisses der Pat.	
	Dokumentation gefährdendes Verhalten	Kenntnis von selbstgefährdenden Handlungen	

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
ganzer Betrieb	Validierung Austrittsmessung	Gültigkeit der Messwerte überprüfen	2007-2009
Abteilung	Borderline-Sprechstunde	Niederschwellige Kontaktmöglichkeit für Pat	2009 - ...
Abteilung	Essstörungen-Sprechstunde	Niederschwellige Kontaktmöglichkeit für Pat	2010 - ...

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 abgeschlossenen Qualitätsprojekten

Projekttitlel	Behandlungsführung
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Vergleichbarkeit der Behandlungsverläufe
Beschreibung	Behandlungen innerhalb der Psychiatrie sind häufig durch eine gewisse "Irrationalität" charakterisiert. Eine Behandlung ist häufig dann zu Ende, wenn Patientinnen dies wünschen. In einigen wenigen Fällen werden Patientinnen zum Austritt gedrängt, um einem allfälligen Hospitalismus entgegenzuwirken. Vor diesem Hintergrund haben wir das Ziel in Angriff genommen, Behandlungsverläufe mit objektivierbaren, international anerkannten Kriterien zu dokumentieren und auch a priori Zielkriterien festzulegen.
Projekttablauf / Methodik	Jede Patientin wird bei Eintritt umfassend mit Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen untersucht. Für diese Skalen gibt es bereits a priori festgelegte Kriteriumsgrössen, die Zielerreichung definieren. In der Folge wird im 10-Tages-Rhythmus eine Re-Evaluation der relevanten Symptomparameter vorgenommen. Beim Austritt wird eine Re-Evaluation aller Eintrittsscores vorgenommen.
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Ärzt/innen und Psycholog/innen
Projektevaluation / Konsequenzen	Die Behandlungsführung wird aufgrund der vorliegenden Ergebnisse, dass bei einem Teil der Patientinnen ein Austritt angestrebt wird, bevor eine vollständige Symptomreduktion erreicht ist, konsequenter überwacht und geführt. Wissenschaftliche Katamneseuntersuchungen, welche von der Klinik durchgeführt werden, zeigen, dass Relapse und Recurrence dann gehäuft zu beobachten sind, wenn keine vollständige Symptomreduktion bei Austritt beobachtet werden kann. Diesbezüglich scheinen sich psychische Krankheiten gleich zu verhalten wie bakterielle Infektionen. Nur eine vollständige Eradierung der Symptomatik garantiert mit grösster Wahrscheinlichkeit einen beschwerdefreien Fortgang.
Weiterführende Unterlagen	

Projekttitlel	Diagnostizierung ADHD
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Klärung der Diagnosehäufigkeit
Beschreibung	In vergleichenden Untersuchungen konnten wir feststellen, dass prozentual innerhalb unserer Klinik mehr ADHD Diagnosen gestellt wurden als in anderen Kliniken. Obwohl wir aufgrund der entsprechenden Hauptzielgruppe Borderline mit einer höheren Inzidenz rechnen mussten, nahmen wir dies zum Anlass, die Diagnosehäufigkeit zu hinterfragen und die Diagnosesicherung zu verbessern.
Projekttablauf / Methodik	Ausgehend von einem Inputreferat durch eine Expertin auf diesem Gebiet wurden Checklisten erstellt, die fortan bei der Diagnosesstellung zwingend zu berücksichtigen sind. Diese Checklisten bedingen eine systematische Rekonstruktion nicht nur der Symptome, sondern auch des Auftretenszeitpunktes. Dieses Vorgehen hat zur Folge, dass die Diagnosehäufigkeit etwas sank und nun nicht mehr in einer atypischen Proportionalität vorliegt.
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?

	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Ärzt/innen und Psycholog/innen
Projektevaluation / Konsequenzen	Aufgrund der guten Erfahrungen mit den Checklisten sind wir dazu übergegangen, diese auch nach Projektabschluss nun als Teil des Klinikalltags weiterzuverwenden.
Weiterführende Unterlagen	Die von der Klinik verwendeten Unterlagen können bei Bedarf gerne eingefordert werden.

Projekttitlel	DIPS
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt <input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt mit Universität Basel
Projektziel	Im Vergleich mit anderen Kliniken, so z.B. der Klinik Roseneegg in Deutschland, stellten wir fest, dass wir tendenziell weniger komorbide Störungen diagnostizieren. Vor diesem Hintergrund stellte sich die Frage, ob die Diagnosen tatsächlich hinreichend valide gestellt werden oder ob gewisse Krankheitsbilder übersehen werden.
Beschreibung	Mit dem DIPS (Diagnostisches Inventar für Psychische Störungen, Margraf und Schneider) liegt ein Instrument vor, das eine systematische Evaluation von Diagnosen erlaubt. Dieses wurde konsequent eingesetzt.
Projekttablauf / Methodik	Nach Schulung der Mitarbeiter/innen durch Angestellte des Instituts für Psychologie der Universität Basel wurden die DIPS-Erhebungen systematisch durchgeführt. In einer ersten Phase wurde DIPS durch Angestellte der Universität Basel erhoben, in einer zweiten Projektphase wird sie nun durch Klinikmitarbeiterinnen und –mitarbeiter durchgeführt.
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Ärzt/innen und Psycholog/innen
Projektevaluation / Konsequenzen	Als Ergebnis hat sich gezeigt, dass die Akzeptanz einer diagnostischen Untersuchung, die vertieft und systematisch erfolgt, bei den Patientinnen hinreichend gut ist. Seither ist es Klinik Standard, mit DIPS zu arbeiten. Die zu tiefe Komorbiditätsrate konnte korrigiert werden.
Weiterführende Unterlagen	Die Ergebnisse der ersten Studienphase sind in verschiedenen wissenschaftlichen Publikationen festgehalten. Sie sind zu finden via Link der Universität Basel oder via Literaturliste auf der Homepage von PD Dr. E. K. Hermann.



Schlusswort und Ausblick





Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITALER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern
© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spalkategorien **Akutmedizin, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitalern im Kanton Bern**) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_qabe



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken; frz: **Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques**) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch



Anhänge

Qualitätsprojekte 2009/2010

1. Suizidalität / Risk-Assessment unter Beizug von DSM-V
2. Rehospitalisierungen
3. Zwangsmassnahmen
4. Kriteriumsdefinition für Behandlungserfolg /-misserfolg
5. FFE
6. Validierung der Austrittsmessung
7. Diagnosesicherung ADHD
8. Erweiterte psychodiagnostische Untersuchung
9. Essstörungssprechstunde
10. Anorexia nervosa: Auswertung Behandlungsergebnisse
11. Vorgehen nach Suizidereignissen
12. Einschränkungen des Besuchs- und Kontaktrechtes
13. Dokumentation gefährdendes Verhalten
14. Behandlungsteams
15. Medikamentensicherheit
- Bereinigung
16. Willensäusserung zur Pharmakotherapie
17. Umgang mit Aggression und Suchtmitteln
18. Videoüberwachung
19. Schlafstörungen: Assessment und Intervention
20. Berichtwesen
21. Löhne
22. Dokumentation der geschlossenen Abteilung
23. Überprüfung der Notwendigkeit von Laboruntersuchungen und
Behandlungsmassnahmen
24. DIPS