

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

15.05.2019
Michael Mehner, Spitaldirektor

Version 1



Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2018.

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 2018

Fred van Opstal
Leiter Qualitäts- und Risikomanagement
041 825 49 73
fred.vanopstal@seeklinik-brunnen.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualittsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalittskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitler testeten das Interventionsbndel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnotige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benotigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

Die Qualittsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. [Anhang 1](#)) hnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	12
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	19
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	20
QUALITÄTSMESSUNGEN	21
Befragungen	22
5 Patientenzufriedenheit	22
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	22
5.2 Eigene Befragung	23
5.2.1 Kontinuierliche Patientenbefragung	23
5.3 Beschwerdemanagement	24
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	25
7.1 Eigene Befragung	25
7.1.1 Mitarbeiterbefragung	25
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	27
9 Wiedereintritte Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
10 Operationen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
11 Infektionen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
12 Stürze Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
13 Wundliegen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung	27
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	27
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17 Weitere Qualitätsmessungen Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18 Projekte im Detail	29

18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	29
18.1.1	Einführung von Stationen (Stationsstrukturen)	29
18.1.2	Anpassung medizinisches Leistungsangebot stationär	30
18.1.3	CIRS gemäss den Empfehlungen der deutschsprachigen Patientenorganisationen.....	31
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	32
18.2.1	Einführung von Stationsstrukturen mit unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten	32
18.2.2	Einführung einer modulären Therapieplanung.....	32
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	33
18.3.1	Vorbereiten auf das Audit Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz der H+ Branchenlösung	33
19	Schlusswort und Ausblick	34
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		35
Psychiatrie		35
Anhang 2		36
Herausgeber		37

1 Einleitung

Laut der Weltgesundheitsorganisation WHO werden stressbedingte Erkrankungen wie Burnout und Depressionen in den nächsten Jahren überproportional zunehmen.

Als Klinik für Integrative Medizin widmen wir uns gezielt der ganzheitlichen Prävention und Behandlung von stressbedingten Erkrankungen und psychischen Störungen wie Burnout, Depressionen und Schlafstörungen.

Wir verfolgen einen medizinisch-therapeutischen Ansatz, der in seiner Ausprägung einmalig für die Schweiz ist. So befasst sich unser Behandlungskonzept nicht nur mit den psychischen sowie mit den körperlichen Aspekten der Erkrankung, sondern ergänzt die Diagnostik- und Therapiemethoden der Schulmedizin mit jenen der Komplementärmedizin.

Wir sind als Spezialklinik für Komplementärmedizin auf der Spitalliste für Psychiatrie des Kantons Schwyz geführt und behandeln Privatpatienten aus dem In- und Ausland sowie Allgemeinversicherte gemäss unseres Leistungsauftrages.

Mit einem ganzheitlichen medizinischen Konzept, mit bewährten Methoden aus der Schul- und Komplementärmedizin und mit hinreichend viel Zeit für jeden einzelnen Patienten bieten wir auf die Krankheitsbilder zugeschnittene Therapien an, die von unserem erfahrenen Ärzte-, Pflege und Therapeutenteam mit einem ganzheitlichen Verständnis und im interdisziplinären Austausch umgesetzt werden.

Mit unserem interdisziplinären Team von zertifizierten Schlafmedizinern sind wir zudem in der Lage, alle 80 Schlafstörungen zu behandeln. Die Stufendiagnostik mit ihren vielfältigen Messverfahren wie Pulsoxymetrie, Polygrafie und dem Schlaflabor erlauben uns alle Schlafstörungen ambulant wie auch stationär zu diagnostizieren.

Neben dem stationären Bereich bieten wir in Zusammenarbeit mit unseren Zuweisern bei Bedarf auch ambulante Vorabklärungen sowie poststationäre psychotherapeutische und schlafmedizinische Behandlungen im Rahmen der Nachsorge an.

Unser Haus wurde im Jahr 2014 komplett renoviert und entspricht den heutigen Anforderungen an eine moderne Gesundheitseinrichtung. Alle 53 stilvollen Einzelzimmer bieten gehobenes 4-Sterne Hotelniveau. Die Räume der Klinik vermitteln eine Atmosphäre der Ruhe, und in unserem grossen Park mit seinem idyllischen Teich kann man sich gut entspannen.

Der Ort Brunnen liegt im Herzen der Schweiz und lädt während des stationären Aufenthalts zu vielen Ausflügen und Exkursionen ein. Gemütliche Cafés und Restaurants direkt am See, ein breites kulturelles Programm, zahlreiche Freizeit- und Sportangebote bilden eine willkommene Abwechslung.

Seit September 2017 ist die Seeklinik Brunnen ein Klinikum der AMEOS Gruppe. Die AMEOS Gruppe ist einer der grössten privaten Spitalträger im deutschsprachigen Raum (83 Einrichtungen an 45 Standorten) und grösster privater Träger im Bereich Psychiatrie in Deutschland. AMEOS baut Versorgungsketten auf, inkl. tagesklinische und ambulante Strukturen, über Kantonsgrenzen hinweg.

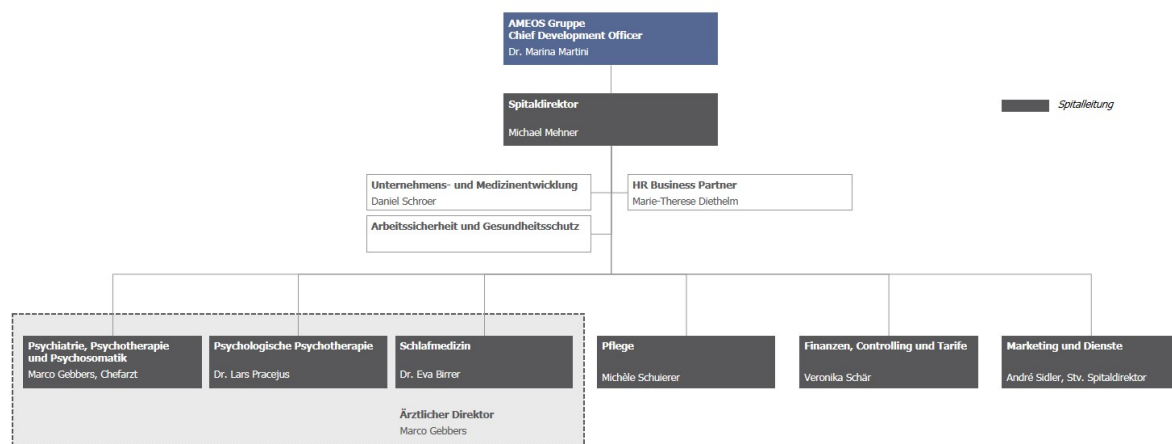
Die stetige Weiterentwicklung unserer Qualitätsstandards steht im Einklang mit den hohen Ansprüchen, die wir uns zum Ziel gesetzt haben. Wir verstehen Qualität als einen aktiven und kontinuierlichen Prozess. Damit gelingt es uns, ein Höchstmass an Patientensicherheit, medizinischer Qualität und bestmöglicher Versorgung zu erreichen.

Alles zum Wohle unserer Patienten!

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **40** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Fred van Opstal
 Leiter Qualitäts- und Risikomanagement
 041 825 49 73
fred.vanopstal@seeklinik-brunnen.ch

3 Qualitätsstrategie

Die Seeklinik Brunnen orientiert sich als Mitglied der Vereinigung der Spitäler der Schweiz (H+) am Rahmenvertrag zwischen santésuisse und H+, an den nationalen Vorgaben des Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) und an den kantonalen Vorgaben gemäss dem Leistungsauftrag. Dazu gehört neben unseren umfangreichen Qualitätsprojekten die Erstellung eines jährlichen standardisierten Qualitätsberichts nach der Vorlage von H+.

Als Mitglied des ANQ führen wir die obligatorischen Qualitätsmessungen im Bereich Psychiatrie durch. Unsere Qualitätspolitik basiert auf den Werten und der Vision der AMEOS Gruppe. Sie ist Grundlage für unsere Qualitätsstrategie, die Qualitätsziele und daraus abgeleiteten Aktivitäten.

Die Qualitätspolitik ist Verpflichtung für uns, für jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter. Grundlage der Qualitätspolitik ist die Philosophie des Umfassenden und Integrierten Qualitätsmanagements. Qualität...

- orientiert sich am Patienten, Klienten und Kunden.
- wird mit allen Mitarbeitenden aller Bereiche und Ebenen erzielt.
- ist kein Ziel, sondern ein Prozess, der nie zu Ende ist.
- setzt aktives Handeln voraus und muss erarbeitet werden

Die Qualitätspolitik der AMEOS Gruppe und damit der Seeklinik Brunnen setzt sich aus folgenden Säulen zusammen:

Patienten und Klientenorientierung

Wünsche und Ansprüche der Patientinnen und Patienten bei Aufnahme und deren Erfüllung bis zur Entlassung sind Massstab für Qualität. Erreichtes wird kritisch hinterfragt und Möglichkeiten zur Verbesserung werden umgesetzt.

- Leben und Gesundheit in guten Händen -

Mitarbeiterorientierung

Integration aller Mitarbeitenden mit ihrem Praxis- und Expertenwissen in Projektarbeiten und Qualitätszirkeln fördert Verständnis für Verbesserung der Gesamtorganisation.

- Fördern und Fordern schafft Motivation -

Führung und Management

Führungskräfte sind Vorbilder. Kooperativer und transparenter Führungsstil sind Voraussetzung für gemeinsame Qualitätspolitik und Strategie.

- Qualitätsmanagement heisst Qualität im Management -

Kommunikation und Information

Sicherstellung des Informationsgleichstands für alle Beteiligten schafft Vertrauen.

Informationsweitergabe erfolgt an die internen und externen Zielgruppen aktiv und zielorientiert.

- Transparenz schafft Vertrauen -

Kooperation & Partnerschaft

Die Vernetzung mit Kooperationspartnern aus der Politik, mit Krankenkassen und Vertragspartnern ist uns ein wichtiges Anliegen. Eine ganzheitliche Betrachtung der Patienten führt zu Kontakt mit Angehörigen, Betreuern und weiteren behandelnden Ärzten.

- Vernetzung schafft Sicherheit -

Multiprofessionalität

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Teams stellt den reibungslosen Ablauf der Patientenversorgung sicher. Die Teamarbeit und gemeinsame Entscheidungsfindung fördern Verantwortungsbewusstsein und Zufriedenheit aller Mitarbeitenden.

- Gemeinsam sind wir stärker -

Prozessorientierung

Eine laufende Prozessoptimierung und Anpassung von Strukturen ist Grundlage für wirtschaftlichen Erfolg.

- Denken in Prozessen heisst handeln in Prozessen -

Sicherheit

Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in den Teams stellt reibungslosen Ablauf der Patientenversorgung sicher. Teamarbeit und gemeinsame Entscheidungsfindung fördern Verantwortungsbewusstsein und Zufriedenheit aller Mitarbeitenden

- Patientensicherheit stärken heisst Behandlungsqualität erhöhen -

Kontinuierliche Verbesserung

Die Erfüllung der Erwartungen von Kunden und anderen Zielgruppen ist Ziel unseres Handelns. Eine ständige Weiterentwicklung verlangt kontinuierliche Verbesserung der Prozesse, der Organisation und der Abläufe.

- Stillstand ist Rückschritt -

Messen & Prüfen Die geleistete Qualität soll spürbar und messbar sein. Durch Einführung von Qualitätsmanagern, Befragungen zur Qualitätsmessung und Vergleich mit anderen bewirken wir stets Qualitätsverbesserung.

- Wettbewerb fördert Qualität –

Das oberste Ziel der Qualitätsstrategie in der Seeklinik Brunnen ist es, bestmögliche Rahmenbedingungen für die Sicherstellung einer nachhaltigen und guten Versorgungsqualität sowie für die Patientensicherheit zu gewährleisten.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

- Etablierung Prozessmanagement, mit Schwerpunktthemen
 - Optimierung Eintrittsprozesse, inklusive Erstkonsultationsgespräche, Anamnese
 - Vereinheitlichen der Verlaufsdokumentation im Behandlungspfad
 - Berichtsstrukturen und Optimierung Schreibprozesse (Arztberichte)
- Diverse Massnahmen zur Verbesserung der patientenseitigen Informations- und Kommunikation während des stationären Aufenthalts.
- Evaluation Medikamentenversorgung
- Schulungen CIRS

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

- Durchführung und Analyse der **hausinternen Patienten- und Zuweiserbefragung**
- **Datenüberwachung** der ANQ-Symptomerhebungen
- Kontinuierliche Anpassungen des **Klinikinformationssystems** mit den Schwerpunkten Berichtswesen und Verlaufsdocumentation
- Etablierung Stationenrapport für alle Stationen mit dem Ziel der wöchentlichen interdisziplinären Patientenbesprechung
- Evaluation der **Modularen Therapieplanung**
- **Überarbeitung unseres medizinischen Leistungsangebotes** mit Fokus Komplementärmedizin
- Etablierung eines **Betrieblichen Gesundheitsmanagement**

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das Qualitätsmanagement ist ein Instrument zur Unterstützung der Führung und wird dementsprechend in der Seeklinik Brunnen gelebt. Als Entwicklungsschwerpunkte für die kommenden Jahre sind folgende Schwerpunkte definiert:

- Kontinuierliche Weiterentwicklung des **Ein- und Austrittsmanagements**
- Konsequente Überprüfung der **Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems**
- Konsequente Optimierung der **Datenqualität aller QM-Erhebungen**
- Nutzen von **Synergieeffekten** durch die bisherigen Erfahrungen in der AMEOS Gruppe (z.B. durch den Austausch mit Qualitätsmanagementbeauftragten anderer Spitäler)
- **Interdisziplinäre Projektarbeiten** mit einem strukturiertem Berichtswesen zur Verbesserung der Prozesse rund um den Patienten
- Durchführung **jährlicher interner Audits**
- Start Vorbereitungen einer Zertifizierung nach ISO 9001;2015, inkl. Einführung Dokumentenlenkung
- Weiterentwicklung des **Empfangs- und Kommunikationsmanagements** im Patienten-, Angehörigen- und Zuweiserkontakt
- Fortschreitende Bemühungen zu weiteren Digitalisierungen im Rahmen der ANQ-Datenerhebungen und des Risikomanagements
- Weiterentwicklung des **Beschwerde- und Feedbackmanagements**
- Lancierung von Forschungsprojekten in den Bereichen PPP, Schlaf- und Komplementärmedizin
- Zertifizierung REKOLE (betriebliches Rechnungswesen in Spitälern)

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 und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)
– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Bemerkungen

Gemäss dem Messplan des ANQ wurden alle geforderten Messungen im stationären Bereich der Psychiatrie durchgeführt.

Prozessbeschreibungen und Checklisten zur Unterstützung der einzelnen Bereiche liegen vor, entsprechende Schulungen und Weiterbildungen werden für die Mitarbeiter angeboten.

Wir nehmen an der "ANQ-Patientenzufriedenheitsbefragung in der Psychiatrie" teil. Vom 01. April bis 30. Juni 2019 werden die Zufriedenheitsdaten gemäss dem ANQ-Messplan Psychiatrie abermalig erhoben.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen finden in unserer Klinik keine Anwendung.

Zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur TARPSY werden unsere Diagnostiken und Behandlungen umfassend kodiert und zusammen mit den Fallkostendaten an Swiss DRG geliefert.

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:

- Nationale Messungen ANQ

Bemerkungen

Unsere Klinik erhebt auch die kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen wie:

- routinemässige, patientenbezogene Outcomemessungen
- hausinterne Patientenzufriedenheitsbefragungen
- Berichtssystem CIRS

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:

Patientenzufriedenheit

- Kontinuierliche Patientenbefragung

Mitarbeiterzufriedenheit

- Mitarbeiterbefragung

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

CIRS (Critical Incident Reporting System) gemäss den Vorgaben der deutschsprachigen Patientenorganisationen

Ziel	Gewährleistung der Patientensicherheit; Optimierung aller Abläufe und Strukturen; Fehler- und Haftungsprävention
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizinischer Bereich
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Regelmässige Überprüfung der Strukturen, Verantwortlichkeiten und Gremien, in denen CIRS-Meldungen gemäss der Vorgaben bearbeitet und überwacht werden können.
Methodik	Klassifikation, Analyse und Verarbeitung von eingegangenen Incident Reports; Einführung und Schulung Mitarbeiter; Prozessanpassungen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Therapeuten, Pflege, QM, IT
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.
Weiterführende Unterlagen	Weitergehende Anforderungen der GD Zürich 2016; Handlungsempfehlungen des Vereins Patientensicherheit vom Oktober 2016

Jährliche hausinterne Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung

Ziel	Beurteilung von Managementstrategien und -instrumenten; Zufriedenheitserhebung aller Mitarbeiter; Identifikation von Verbesserungspotentialen; kontinuierliche Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Methodik	Entwicklung und Validierung eines hauseigenen Fragebogens; Befragung in elektronischer Form; Auswertung und Analyse der Ergebnisse durch den Bereich QM
Involvierte Berufsgruppen	Personal, Geschäftsführung, Marketing, QM
Evaluation Aktivität / Projekt	Standardisierter Prozess gemäss Konzipierung und internes Benchmarking für das QM. Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

Hausinterne Patientenzufriedenheitsbefragung bei Austritt des Patienten

Ziel	Messung der erfahrenen Versorgungsqualität durch die Patienten; Identifizierung von Verbesserungspotenzialen; kontinuierliche Steigerung der Patientenzufriedenheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Behandlungs- und Servicebereich
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Kontinuierliche Steigerung der Patienten- und Zuweiserzufriedenheit; gemäss Leistungsauftrag
Methodik	Schriftliche, datenschutzkonforme und anonyme Befragung aller stationären Patienten bei Austritt; Auswertung und Analyse der Ergebnisse durch den Bereich QM; dauerhafte Befragung
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, QM, Marketing
Evaluation Aktivität / Projekt	Standardisierter Prozess gemäss Konzipierung; internes Benchmarking für das QM. Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

Jährliche Zuweiserzufriedenheitsbefragung

Ziel	Erhebung der Zufriedenheit hinsichtlich unserer Abläufe und Strukturen sowie der Zusammenarbeit; Aufbau eines systematischen und professionellen Zuweisermanagements
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Aufbau und Entwicklung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit und Bindung mit unseren Zuweisern.
Methodik	Schriftliche Zufriedenheitserhebung mit hauseigenen Fragebögen; Auswertung und Analyse der Ergebnisse durch den Bereich QM; jährliche Befragung
Involvierte Berufsgruppen	Bereich Zuweisermanagement, Marketing, Geschäftsführung
Evaluation Aktivität / Projekt	Standardisierter und etablierter Prozess. Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

Datenqualität für die ANQ-Symptomerhebungen

Ziel	Datenüberwachung; Gewährleistung der Datenqualität; Identifizierung von Fehlerquellen; Gewährleistung der Patientensicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizin
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Hohes Qualitäts- und Sicherheitsbewusstsein
Methodik	Erstellung von Prozessbeschreibungen und Checklisten im Rahmen der HoNOS- und BSCL-Symptomerhebungen; Angebote von hausinternen Schulungen und externen Fortbildungen aller involvierten Mitarbeiter; Auswertungen der ANQ-Ergebnisse
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Medizin, Rechnungswesen, QM, IT
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

Branchenlösung-H+: Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Ziel	Gewährleistung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Gemäss EKAS-Vorgaben wurde unser Spital im April 2016 erfolgreich auditiert.
Methodik	Die H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz ist ein von der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS anerkanntes Konzept. Die Aufsicht hat das Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeiter, Geschäftsführung
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

Umsetzung der Branchenlösung H+ Rechnungswesen und Controlling - Rechnungslegung Swiss GAAP FER, REKOLE

Ziel	Zertifizierung basierend auf dem Handbuch REKOLE Betriebliches Rechnungswesen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Rechnungswesen
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Methodik	Mit dem Handbuch zur Rechnungslegung wurde ein nationales Rahmenwerk auf Basis Swiss GAAP FER erstellt, welches den Standard für das Rechnungswesen präzisiert.
Involvierte Berufsgruppen	Rechnungswesen, Geschäftsleitung
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Handbuch zur Rechnungslegung dient als Leitlinie in den Kliniken und Spitälern.

Initiierung Projekt Relaunch Klinikinformationssysteme (KIS)

Ziel	Optimierung der interdisziplinäre Zusammenarbeit; Integration der Pflegeprozesse
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	alle Nutzer
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Patientenzentrierte, interdisziplinäre Dokumentation; Datenmonitoring für den Bereich QM
Methodik	Kontinuierliche Anpassungen und regelmässige Schulungen aller Mitarbeiter
Involvierte Berufsgruppen	alle Nutzer
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

Klinisches Risikomanagement im Rahmen des QM

Ziel	Implementierung Klinisches Risikomanagement; Gewährleistung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizin
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Etablierung des Risikomanagements im Rahmen der Entwicklung des QM-Systems gemäss den obligatorischen Anforderungen an das QM
Methodik	Konzipierung gesamtes Risikomanagement; Schulungen der Mitarbeiter; Datenüberwachung durch das QM; Erstellen von Checklisten
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Ärzte, Therapeuten, Pflege, QM, IT
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

Anpassung des stationären medizinischen Leistungsangebots (Fokus auf Komplementärmedizin)

Ziel	Wirksamkeit und Zweckmässigkeit überprüfen und im Anschluss Anpassung der Strukturen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizin
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Verbesserung und effizientere Behandlung unserer Patienten
Methodik	Anpassung der stationären Strukturen
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Therapeuten, Geschäftsführung
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

Verbesserung der Medikamentenversorgung

Ziel	Neuausrichtung und effizientere Medikamentenversorgung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizin
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Schnellere Versorgung unserer Patienten mit den benötigten Medikamenten
Methodik	Kooperation mit einem lokalen Partner, der die Medikamentenversorgung übernommen hat
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeiter, Geschäftsführung
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

Etablierung Betriebliches Gesundheitsmanagement

Ziel	Vorbeugung von Krankheiten/Unfällen bei unseren Mitarbeitern
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Angebot für Mitarbeiter; Initiative der Geschäftsführung
Methodik	Regelmässiges Angebot von Aktivitäten im Rahmen der Arbeitszeit unserer Mitarbeiter
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeiter, Geschäftsführung
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

Einführung digitales Diktieren mit Spracherkennung

Ziel	Effizienzsteigerung; Fehlerreduktion in den Berichten durch Beseitigung von unnötigen Schnittstellen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ärzte; Psychologen; Arztsekretariat
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Bis Juli 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Zu viel Zeitverlust und zu viele Fehler
Methodik	Software
Involvierte Berufsgruppen	Siehe "Bereiche"
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2008 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.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

Bemerkungen

CIRS wurde 2008 im Rahmen der Klinikinformationssystem-Einführung elektronisch gestützt implementiert.

2014 wurde das CIRS überarbeitet und anonymisiert.

Im KIS wurde zum Datenschutz ein gesichertes VIP-Modul eingeführt.

Das System ist nur wirksam, wenn die Ereignisse auch wirklich gemeldet werden (nur aus gemeldete Fehler kann man lernen). Dazu bauen wir intern eine offene Fehlermeldekultur auf. Die Mitarbeitende werden wiederkehrend geschult.

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
H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	gesamte Klinik	2016	nein	Die H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz ist ein von der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) anerkanntes Konzept. Die Aufsicht hat das Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.

Bemerkungen

Erfolgreiches Audit im April 2016.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Die ersten drei Fragen sind identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die letzten drei Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Psychiatrie angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

Messergebnisse

Die Messergebnisse 2018 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 18 Jahre) versendet, die von April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Kontinuierliche Patientenbefragung

Die Ergebnisse aus der Patientenzufriedenheitsbefragung sollen uns Rückschlüsse ermöglichen, in wieweit die Erwartungen unserer Patienten in Bezug auf die Pflege, Betreuung, Therapie, Kommunikation, Wertschätzung und Hotellerie erfüllt worden sind. Dabei sollen mögliche Schwachstellen identifiziert, analysiert und systematisch bearbeitet werden, um die Behandlungsqualität weiter zu entwickeln.

Ziel der hausinternen Patientenzufriedenheitsbefragung:

- Anhand der Ergebnisse die Behandlungs- und Servicequalität kontinuierlich steigern
- Steigerung der Zufriedenheit unserer Patienten und Zuweiser
- Identifizierung von Verbesserungspotenzialen

Was wurde gemessen?

Die erfahrene Versorgungsqualität durch die Patienten auf Basis subjektiver Einschätzungen und bezogen auf ihre Erwartungshaltungen.

Wie wurde die Zufriedenheit der Patienten gemessen?

quantitativ, schriftlich, anonym und datenschutzkonform

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Alle stationären Patienten wurden bei Austritt zu den Bereichen Pflege, Medizin, Hotellerie, Gastronomie, Patientenberatung und -planung befragt.

Mitte 2018 wurde die Patientenzufriedenheitsbefragung an die gruppenweite Lösung der Trägerschaft AMEOS Gruppe angepasst. (elektronisch)

Feedback: 51
Gesamtzufriedenheit: 3.4 von 4.0
Weiterempfehlen: 73,5%

Fortlaufend werden aus den Ergebnisse Massnahmen abgeleitet, wie zum Beispiel im Bereich Therapieplanung, Hotellerie, Infrastruktur und Information/kommunikation

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Seeklinik Brunnen AG

Beschwerde- und Feedbackmanagement

Yvonne Wick

Assistentin der Spitalleitung

0418254903

yvonne.wick@seeklinik-brunnen.ch

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterbefragung

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter ist für den Unternehmenserfolg von grosser Bedeutung und wird neben der Patienten- und Kundenorientierung zusehends als Kriterium für die Leistungsbeurteilung des Qualitätsmanagementsystems herangezogen.

Ziele unserer hausinternen Mitarbeiterbefragung waren:

- Beurteilung von Managementstrategien und -instrumenten
- Zufriedenheitserhebung zum Führungsstil und Betriebsklima
- Beurteilung der Massnahmen zur Gesundheitsprävention und -förderung
- Identifikation von Verbesserungspotentialen

Neben vielfältigen Entwicklungsprogrammen für unsere Mitarbeiter konnte der Arbeits- und Gesundheitsschutz (H+) im Jahr 2016 erfolgreich zertifiziert werden.

Zudem wurde das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) zum Schutz der Gesundheit unserer Mitarbeiter implementiert.

Unser BGM orientiert sich am „Friendly Work Space“ - Label der Gesundheitsförderung Schweiz mit dem Ziel, für alle Mitarbeiter in gute Arbeitsbedingungen und in die Gesundheitsförderung und -erhaltung zu investieren.

Bezugnehmend darauf haben wir in unserer Mitarbeiterbefragung in 2018 zu Fragen der Arbeitsorganisation, Kommunikation und Information, Führungsstil und Betriebsklima auch Fragen zu BGM-Schwerpunktthemen eingearbeitet, wie:

- Arbeitsplatzgestaltung
- Arbeitsmittel
- Arbeitsaufgabe
- körperliche und psychische Beanspruchung
- Qualifikationspotential der Tätigkeit
- Überforderung und Unterforderung
- Gefährdungspotential durch die Tätigkeit

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat Oktober durchgeführt.

Alle Mitarbeiter der Klinik wurden befragt.

Die ganze Belegschaft konnte an dieser Befragung teilnehmen.

3/4 der Belegschaft äusserte sich zufrieden mit der allgemeine Arbeitssituation.

Insbesondere die eigene Tätigkeit, die persönliche Arbeitssituation, als auch die Zusammenarbeit mit den direkten Vorgesetzten wurden mit einem hohen Zufriedenheitswert beurteilt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Behandlungsqualität

15 Psychische Symptombelastung

15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patienten in der Psychiatrie wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet.

Die Fallführenden wie auch die Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

HoNOS Adults	2017
Seeklinik Brunnen AG	
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	8.54
Standardabweichung (+/-)	3.05
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	1.61

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2017
Seeklinik Brunnen AG	
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	31.91
Standardabweichung (+/-)	24.46
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	1.12

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.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Einführung von Stationen (Stationsstrukturen)

Projektart:

Internes Projekt

Projektziel:

Stärkerer Fokus auf den einzelnen Patienten durch übersichtliche Patientengruppen; Qualität der Behandlung hochhalten.

Optimierung / Anpassung der Ablauf-Prozesse

Projektablauf:

Organisatorisch und wirtschaftlich zweckmässige Aufteilung der Patienten auf zwei Stationen. Patienten mit ähnlichen Störungsbezug und Therapiezielen werden somit in einer Gruppe zusammengefasst.

Einführung von regelmässigen Sitzungsgefässen.

Involvierte Berufsgruppen:

alle Mitarbeiter der Klinik

Stand der Umsetzung:

Eingeführt und kontinuierliches Monitoring der Umsetzung

Projektevaluation:

Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

18.1.2 Anpassung medizinisches Leistungsangebot stationär

Projektart:

Internes Projekt

Projektziel:

Verbesserung und effizientere Behandlung unserer Patienten

Projektablauf:

Es wurde die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit des medizinischen Leistungsangebots überprüft und im Anschluss die Strukturen angepasst.

Involvierte Berufsgruppen:

alle Mitarbeiter der Klinik

Stand der Umsetzung:

Eingeführt und kontinuierliches Monitoring der Umsetzung

Projektevaluation:

Evaluationen finden entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt.

18.1.3 CIRS gemäss den Empfehlungen der deutschsprachigen Patientenorganisationen

Projektart:

Internes Projekt

Projektziel:

Gewährleistung der Patientensicherheit; Optimierung aller Abläufe und Strukturen; Fehler-und Haftungsprävention

Projektablauf:

*Auf der Basis einer IT unterstützte Lösung, wird eine angstfreie Fehlermeldekultur aufgebaut.
Nur aus gemeldeten Fehlern kann man lernen, sonst macht man die gleichen Fehler immer wieder*

Involvierte Berufsgruppen:

Ärzte, Therapeuten, Pflege, QM, IT

Projektevaluation:

Findet entsprechend dem KVP zu allen Aktivitäten und Massnahmen statt

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Einführung von Stationsstrukturen mit unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten

Projektart:

Internes Projekt

Projektziel:

Stärkerer Fokus auf den einzelnen Patienten durch übersichtliche Patientengruppen; Qualität der Behandlung hoch halten, Optimierung / Anpassung der Prozesse

Projektablauf:

Organisatorisch und wirtschaftlich zweckmässige Aufteilung der Patienten auf zwei Stationen. Patienten mit ähnlichen Störungsbezug und Therapiezielen werden somit in einer Gruppe zusammengefasst.

Einführung von regelmässigen Sitzungsgefässen

Involvierte Berufsgruppen:

Alle Mitarbeiter der Klinik

Stand der Umsertzung:

Eingeführt und kontinuierliches Monitoring der Umsetzung

18.2.2 Einführung einer modulären Therapieplanung

Projektart:

Internes Projekt

Projektziel:

Eine qualitativ hochstehende Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zu gewährleisten

Projektablauf:

Planung für alle unsere stationären Patienten

Standardisierung zur vereinheitlichung und einfacheren Abstimmung der Therapien, da ca. 80% der Patienten im Idealfall modular bedient werden können

Erstellung eines "Baukastens", aus denen die Therapien der Patienten geplant werden

Involvierte Berufsgruppen:

Alle Mitarbeiter der Klinik

Stand der Umsetzung:

Eingeführt und kontinuierliches Monitoring der Umsetzung

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Vorbereiten auf das Audit Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz der H+ Branchenlösung

Projektart:

Branchenlösung

Projektziel:

Wiedererlangen des in 2016 erhaltene Zertifikats

Projektablauf:

Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen

Senkung der Sicherheitsrisiken

Optimieren der Arbeitsbedingungen/Senkung der Betriebsunfälle

Methodik:

Die Branchenlösung H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz ist ein von der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) anerkanntes Konzept. Die Aufsicht hat das Staatssekretariat für Wirtschaft SECO

Involvierte Berufsgruppen:

Alle Mitarbeiter

Stand der Umsetzung:

Massnahmen aus der Gefährdungsermittlung sind umgesetzt.

19 Schlusswort und Ausblick

Die von der ANQ geforderten Messungen beruhen auf dem System der Selbstbewertung durch die Patienten und der Fremdbewertung durch Behandelnde. Als Indikatoren für die Erhebungen werden ein Basisdatenset, die Symptombelastung und die Patientenzufriedenheit genannt.

Zudem beinhaltet der jährliche Qualitätsbericht Kontakt- und Strukturdaten der Klinik sowie klinikübergreifende und abteilungsspezifische Qualitäts- und Leistungsdaten.

Diese Informationen ermöglichen unseren Zuweisern und Patienten einen Vergleich der medizinischen Qualität in den einzelnen Spitälern und Kliniken. Gestützt durch die allgemeine Akzeptanz evidenzbasierter Medizin soll so medizinische Qualität nicht nur erbracht, sondern auch nachgewiesen und vergleichbar gemacht werden.

Der hohe Qualitätsanspruch unserer Klinik und der AMEOS Gruppe ist ein Leistungsversprechen an unsere Patienten und Zuweiser. Wir werden auch in den kommenden Jahren alles daran setzen, um dieses Versprechen einzuhalten.

Weil die Qualitätssicherung einer Klinik nicht beim Austritt ihrer Patienten aufhört, streben wir zukünftig auch sektorenübergreifende Kooperationen und enge Vernetzungen mit den regionalen Leistungspartnern an. Die Vernetzung mit den verschiedenen Spitälern der AMEOS Gruppe aus dem kompletten deutschsprachigen Raum ist schon heute gelebte Praxis.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Bemerkungen

Klinik für Integrative Medizin mit den Behandlungsschwerpunkten Depression, Burnout, Schlafstörungen und Komplementärmedizin

Das Behandlungsspektrum der Seeklinik Brunnen fokussiert stationär auf die Behandlung von Depressionen, Burnout und Schlafstörungen mit dem Bereich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Komplementärmedizin.

Die Schlafmedizin diagnostiziert und behandelt das ganze Spektrum der schlafassoziierten Erkrankungen und trägt damit zur Diagnose kausaler Komorbiditäten für psychische Störungen bei.

Die Allgemeine Innere Medizin diagnostiziert und behandelt somatische und regulative Störungen, die direkt im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung psychischer Störungen einhergehen und komplettiert mit der naturheilkundlichen Behandlung der Komplementärmedizin den integrativen Behandlungsansatz der Seeklinik.

Auf psychosomatische Krankheiten spezialisierte Ärzte arbeiten mit erfahrenen Körper- und Kreativtherapeuten gemeinsam und intensiv an der körperlichen und psychischen Gesundheit unserer Patienten. Ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung ist die Body-Mind-Medicine und Achtsamkeit.

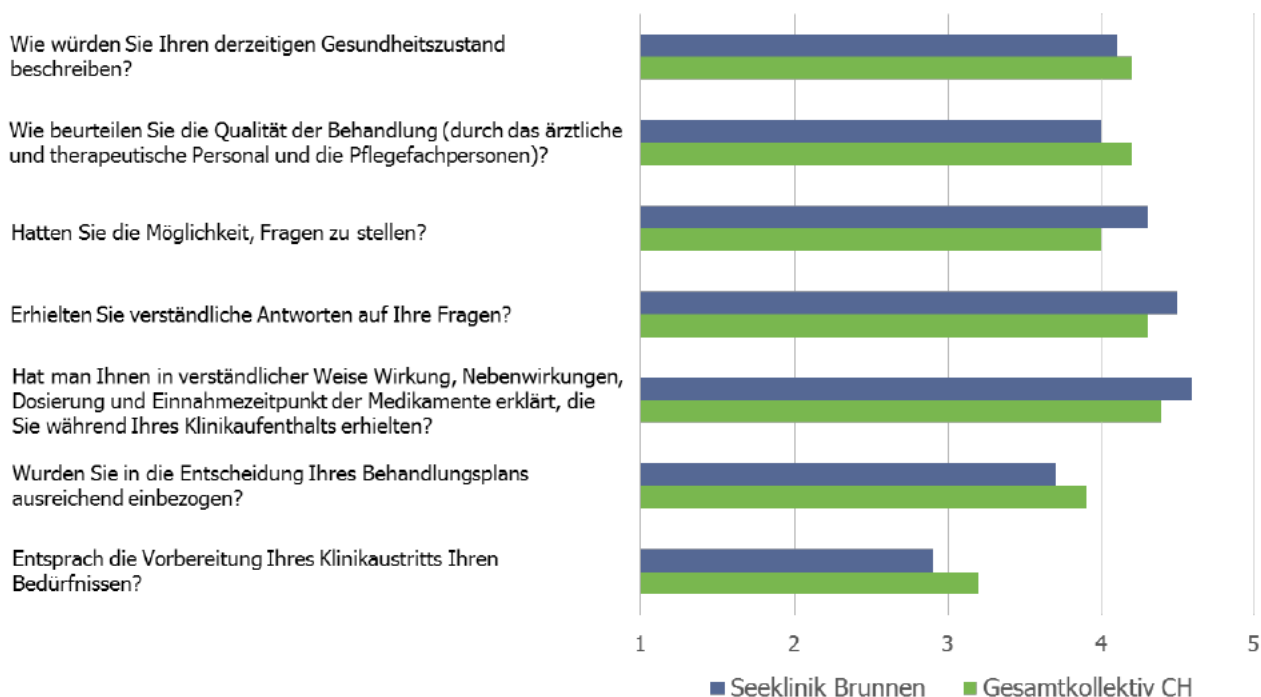
Mit dem Hintergrund unseres ganzheitlichen Behandlungskonzepts streben wir eine Behandlung an, in der wir gemeinsam mit unseren Patienten Ziele setzen und auf sie zugeschnittene Lösungswege erarbeiten. Dazu gehören eine Standortbestimmung und Problemfokussierung zu Beginn der Therapie, das Lernen neuer Strategien zur Problemlösung und die Aktivierung eigener Ressourcen.

Verständnis und Wertschätzung prägen den gesamten stationären Aufenthalt unserer Patienten.



IHRE ZUFRIEDENHEIT MIT UNS

Ergebnisse der ANQ Patientenbefragung 2018



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/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/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 für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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/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.spitalinfo.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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