



Qualitäts- report

2013

THE SWISS
LEADING 
HOSPITALS

Best in class.

EFQM 

Recognised for excellence
3 star

„Die Privatklinik Hohenegg gehört zu den führenden Kliniken
für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik“

Privatklinik Hohenegg AG
Hohenegg 1
Postfach 555

8706 Meilen
Tel. +41 44 925 12 12 / Fax +41 44 925 12 13

Internet: <http://www.hohenegg.ch>
Member of The Swiss Leading Hospitals SLH - www.slh.ch

Freigabe am: 28.04.2014
Durch: Walter Denzler, Vorsitzender der Klinikleitung, Verwaltungsdirektor

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

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

Zielpublikum

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

Bezeichnungen

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

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
A1	Organisation	2
B	Qualitätsstrategie	3
B1	Qualitätsstrategie und -ziele.....	3
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013.....	3
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013.....	3
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren.....	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	4
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement.....	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
C1	Angebotsübersicht.....	5
C2	Kennzahlen 2013.....	5
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2013.....	6
D	Zufriedenheitsmessungen	7
D1	Patientenzufriedenheit	7
D2	Angehörigenzufriedenheit	9
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	9
D4	Zuweiserzufriedenheit.....	10
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	11
E2	Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie	12
E2-1	Erwachsenenpsychiatrie	13
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013	15
F6	Weiteres Messthema.....	15
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	17
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards.....	17
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	17
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	19
I	Schlusswort und Ausblick	23
J	Anhänge	24

A Einleitung

Vorwort H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

2013 – ein erfolgreiches Jahr!

Das vergangene Jahr stand im Zeichen der Konsolidierung – dies nach 7 Jahren Aufbau und Wachstum der Klinik und nach der erfolgten Stabsübergabe in der ärztlichen Leitung.

Dr. med. Toni Brühlmann trat nach fast 25 Jahren engagierten Wirkens in der Hohenegg auf Mai 2013 altershalber als ärztlicher Direktor zurück und übernahm die Leitung des neu eröffneten Ambulanten Zentrums in Zürich. Seit Juni 2013 hat Prof. Dr. med. Stefan Büchi – bisheriger stellvertretender ärztlicher Direktor – die Position als ärztlicher Direktor inne. Dr. med. Sebastian Haas – vorher Chefarzt im IPW – wurde neuer stellvertretender ärztliche Direktor.

Und trotzdem ein weiterer Ausbau – wir können es nicht lassen: Mit der Eröffnung des Ambulanten Zentrums Zürich an der Sonneggstrasse 45 wurde ein niederschwelliges Beratungsangebot geschaffen. Dieses Ambulatorium richtet sich an Menschen, die von einem spezifischen, seelischen Problem oder einem psychiatrischen Krankheitsbild betroffen sind und diesbezüglich eine erste rasche Abklärung wünschen. Erfahrene Ärzte und Psychologen nehmen die Beurteilung vor, zeigen Massnahmen sowie Behandlungsmöglichkeiten auf und weisen weiter. Wenn notwendig werden kürzere Behandlungen im Einzel- und Gruppensetting angeboten – letzteres auch für poststationäre Patienten der Hohenegg.

Und es war ein Jahr der Bestätigungen: Im Qualitätsbericht des **ANQ** (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) wurden unsere Q-Anstrengungen ausgezeichnet belegt, bei gleichzeitigem Festhalten des hohen Leidensdrucks unserer Patienten bei Eintritt und den vergleichsweise hohen Symptomschweregrad. Die grosse Bestätigung war aber das ungebrochene **Vertrauen der Zuweiser und der Patienten**, die sich in einer alle Erwartungen übertreffenden konstanten Bettenbelegung über das gesamte Jahr hinweg ausdrückte – zu unserer grossen Freude.

Stichworte zum 2013:

- ANQ-Anforderung umgesetzt - mit einer sehr guten Datenqualität
- Ambulantes Zentrum in Zürich eröffnet
- Ausbau der interdisziplinären Fortbildung und Vernetzung
- Gesundheitsvorsorge für MA angestossen mit durchschlagendem Erfolg
- Neue Mitarbeiter-Zufriedenheitserhebung durchgeführt – kommt sehr gut an / gute Resultate
- Kulturpunkt für Patienten eingeführt (div. Angebote übers Jahr)

A1 Organisation

Verwaltungsrat

Prof. Dr. Tomas Poledna
Präsident
Rechtsanwalt
Zürich

Peter Schulthess
Mitglied
lic. phil. Psychotherapeut
Stäfa

Beat Huber
Mitglied
Direktor Klinik Pyramide
Zürich

Jasmin Blanc Bärtsch
Mitglied
MHA, Beraterin im Gesundheitswesen
Zürich

Dr. med. Viktor Meyer
Mitglied
FMH für Psychiatrie und Psychotherapie
Nänikon

Klinikleitung

Walter Denzler
Vorsitzender und Verwaltungsdirektor
walter.denzler@hohenegg.ch

Prof. Dr. med. Stefan Büchi
Chefarzt und Ärztlicher Direktor
stefan.buechi@hohenegg.ch

Paul Wijnhoven
Pflegedirektor
paul.wijnhoven@hohenegg.ch

Qualitätsmanagement

Dr. phil. Johanna Friedli
Leiterin Qualitätsmanagement
johanna.friedli@hohenegg.ch

Kontaktadresse

Privatklinik Hohenegg AG
Hohenegg 1
Postfach 555
8706 Meilen
Tel +41 44 925 12 12
Fax +41 44 925 12 13
Info@hohenegg.ch
<http://www.hohenegg.ch>

© **Qualitätsreport 2013**
Johanna Friedli, Walter Denzler

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die Grundlage unserer Unternehmensphilosophie ist nachhaltiges Qualitätsdenken auf Excellence-Niveau mit wachsendem Reifegrad. In unserer beweglichen Unternehmenskultur entwickeln wir uns kontinuierlich, schrittweise weiter, identifizieren schnell und systematisch (Wachstums-)Potentiale und reagieren flexibel auf Anforderungen aus unserem Umfeld.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

Eröffnung Ambulantes Zentrum Zürich und Aufbau einer Vernetzungsplattform, Intensivierung von Angehörigenarbeit, neues Kulturangebot für Patienten und Gesundheitsförderung für Mitarbeiter.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

Weiterentwicklung im Vergleich, sowie in Netzwerken und Partnerschaften:

Benchmarking in unterschiedlichen Bereichen:

- ANQ-Outcome Resultate (mit den 3 psychiatrischen SLH-Kliniken)
- MiZu (Aufbau einer Benchmarkgroup mit 10 psychiatrischen Kliniken)
- Leistungsüberprüfung durch externe Spezialisten in Service, Küche, Lingerie und Housekeeping
- Patientenzufriedenheit gemessen mit „Müpf“ (Messung Benchmarkgroup Müpf = 13 psychiatrische Kliniken)

Neue Partnerschaften

Im Ambulanten Zentrum Zürich: Aufbau einer Vernetzungsplattform mit Intranet für die beteiligten Ärzte, Psychologen, Spezialtherapeuten, Coaches zwecks Meldung freier Plätze und zum fachlichen Austausch.

Mitgliedschaft Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (Projekt Ressource Angehörige)

Neue Angebote

Kulturpunkt Patientenkulturveranstaltungen, Forum Angehörige, Gesundheitsfürsorge für Mitarbeiter

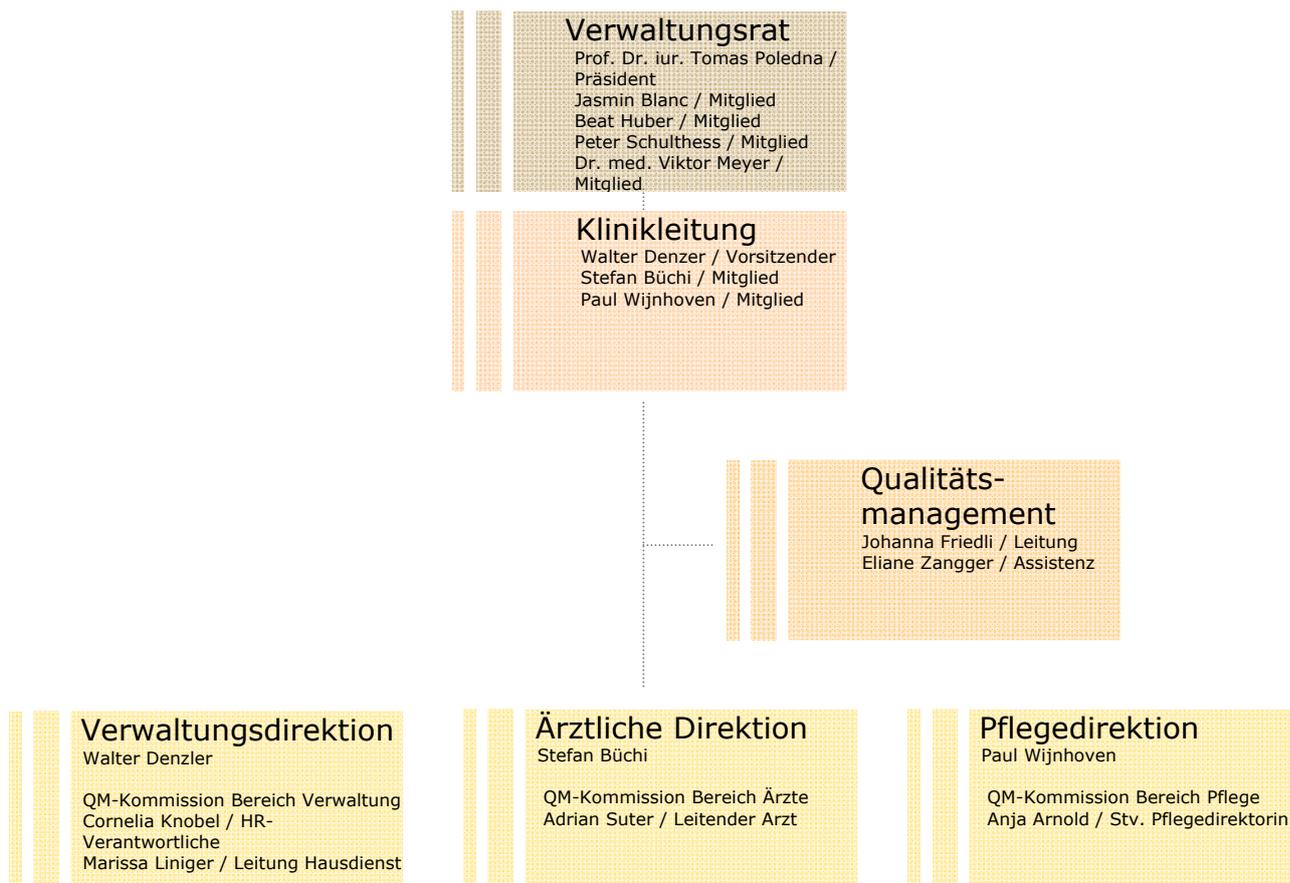
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Fortsetzung der Unternehmensreifung auf den „Levels of Excellence“ im Sinne des EFQM-Modells (Selfassessment und SLH-Requalifikation)

Weiterentwicklung durch Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Assessmentberichte

Ausrichtung an langfristigen Behandlungsergebnissen in Kooperation mit den Bedürfnis- und Interessengruppen

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	120 Stellenprocente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. phil. Johanna Friedli	+41-44-925 15 31	Johanna.Friedli@hohenegg.ch	Leitung Qualitätsmanagement
Eliane Zangger MSc ETH	+41 44 925 15 35	Eliane.Zangger@hohenegg.ch	Assistentin Qualitätsmanagement
Anja Arnold NDS PM, NDS BWL	+41-44-925 1533	Anja.arnold@hohenegg.ch	Stv. Pflegedirektorin QM-Kommissionsmitglied Pflege
Cornelia Knobel NDS HF	+41 44 925 15 22	Cornelia.Knobel@hohenegg.ch	Leitung Human Resources QM-Kommissionsmitglied Verw.
Marissa Liniger	+41 44 925 14 14	Marissa.Liniger@hohenegg.ch	Leitung Hausdienst, QM-Kommissionsmitglied Hotellerie
Dr. med. Adrian Suter	+41 44 925 15 21	Adrian.Suter@hohenegg.ch	Leitender Arzt QM-Kommissionsmitglied Ärztlicher Bereich

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

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

C1 Angebotsübersicht

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

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Bewegungstherapie	<i>Diese und weitere Therapieformen gehören zum Behandlungsangebot der Privatklinik Hohenegg in Meilen</i>	
Ergotherapie		
Ernährungsberatung		
Feldenkrais		
Gruppe Austrittsvorbereitung		
Gruppenpsychotherapien (diagnosespezifische Gruppen)		
Maltherapie		
Mindfulness Based Stress Reduction MBSR (Achtsamkeit)		
MTT (Medizinische Trainingstherapie)		
Musiktherapie		
Nordic Walking		
Physiotherapie		
Progressive Muskelrelaxation		
Qi Gong		
Reittherapie		
Seminar Emotionsregulation		
Seminar Lebensqualität		
Shiatsu		
Sozialberatung		
Soziales Kompetenztraining		
Sporttherapie		
Stretching		
Tanztherapie		
Testpsychologie		
Therapiehund		
Yoga		

C2 Kennzahlen 2013

Kennzahlen 2013 Psychiatrie s. C3

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2013

Kennzahlen ambulant			
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)		
Ambulant	198		

Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Geleistete Pflegetage
Stationär	70	550	46.54	25'480

Hauptaustrittsdiagnose			
ICD-Nr.	Diagnose	Anzahl Patienten	In Prozent
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	0	0.0 %
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2	0.4 %
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	10	1.8 %
F3	Affektive Störungen	361	65.6 %
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung	147	26.7 %
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	0	0.0 %
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	7	1.3 %
F7	Intelligenzminderung	0	0.0 %
F8	Entwicklungsstörungen	0	0.0 %
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2	0.4 %
	Weitere	21	3.8 %
	Total		100%

D

Zufriedenheitsmessungen

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

D1 Patientenzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .	
	Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.	
	<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt (wir messen quartalsweise).	
	<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2013	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	...nur an folgenden Standorten: Messung im gesamten stationären Bereich - neues Ambulantes Zentrum Zürich ab 2014
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheitswert (Item 26)	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	91 %	Sehr hohe Gesamtzufriedenheit, n=140 (Mittelwert Benchmark 81%, n= 3308)
Resultate pro Bereich	Zufriedenheitswert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Zufriedenheit mit behandelndem Arzt (Item 12)	91 %	Sehr hohe Zufriedenheit Mittelwert Benchmark 82 %
Zufriedenheit mit Einfluss auf die medikamentöse Behandlung (Item 18)	87 %	Sehr hohe Zufriedenheit Mittelwert Benchmark 74 %
Weiterempfehlung (Item 27)	94 %	Sehr hohe Zufriedenheit Mittelwert Benchmark 85 %
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
		Benchmarkbericht Müpf (im Besitz der Benchmarkgroup)
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	

- Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark). Die Benchmarkgroup Müpf ist eine aktive Gruppe. Sie hält regelmässig Benchmarkgroup-Treffen zu Best Practice und Learning from the Best ab. Bei der Erhebung 2013/14 nahmen 13 Kliniken teil, der Auswertungsbericht lag im Mai 2014 vor).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instruments		Name des Messinstituts
<input type="checkbox"/> PEQ			
<input checked="" type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ			
Benchmark			
<input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten		
	Ausschlusskriterien	Keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		140		
Rücklauf in Prozent		62.8 %	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?

<input type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.	
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .	
Bezeichnung der Stelle	QM Meldewesen (Feedback oder Reklamation) Über Formular oder via Intranet (Intrex)
Name der Ansprechperson	Dr. phil. Johanna Friedli
Funktion	Leiterin QM
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	+41-44-925 15 31 johanna.friedli@hohenegg.ch
Bemerkungen Stellvertretung durch QM-Assistentin	Eliane Zangger, MSc ETH +41-44-925 15 35 eliane.zangger@hohenegg.ch

Verbesserungsaktivitäten u.a.

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Kissenwahl Patientenzimmer überprüfen	Auswahl erweitern, um die unterschiedlichen Bedürfnisse abdecken zu können.	Pflege und Hausdienst	Evaluation der Bedürfnisse und Umsetzung im 2013
Menügestaltung vegetarisch	Attraktivität der Menügestaltung optimieren	Küche	Im Rahmen der externen Leistungsüberprüfung Jahr 2013
WLAN in Patientenzimmern	Flächendeckendes WLAN in allen Patientenzimmern	Verwaltung	2013

D2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .
Begründung	Persönlichkeitsschutz – sinnvolle Form ist In Planung

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte 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 Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte (Cockpit persönliche Einstellungen)	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	80 Punkte	Sehr hohe Gesamtzufriedenheit, n=121 (Mittelwert Benchmark 72 Punkte, n= 2580)
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Commitment	82	Sehr hohes Commitment (Mittelwert Benchmark 74 Punkte)
Zufriedenheit	76	Hohe Zufriedenheit (Mittelwert Benchmark 74 Punkte)
Keine Resignation	78	Sehr hohe Bewertung (Mittelwert Benchmark 72 Punkte)
Weiterempfehlung des Arbeitgebers	86	Sehr hoher Weiterempfehlung (Mittelwert Benchmark 76 Punkte)
Attraktiver Arbeitgeber	78	Sehr hohe Attraktivität als Arbeitgeber (Mittelwert Benchmark 66 Punkte)
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	Benchmarkbericht MiZu(im Besitz der Benchmarkgroup)

<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instruments	Icommit Fragebogen für Kliniken Schweiz 2013	Name des Messinstituts	Icommit Swiss Arbeitgeber Award
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments				

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	alle Mitarbeiter > 10 % Beschäftigungsgrad		
	Ausschlusskriterien	< 10 % Beschäftigungsgrad		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		121		
Rücklauf in Prozent		79 %	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten

Titel			
Pro Bereich wurden mind. 2 Verbesserungsmaßnahmen formuliert			

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?

<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	gesamter stationärer Bereich
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse der letzten Befragung

Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	86 %	Sehr hohe Zuweiserzufriedenheit

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input type="checkbox"/> Externes Messinstrument			
Name des Instruments		Name des Messinstituts	
<input checked="" type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments	ZUW Fragebogen Zuweiserzufriedenheit, 8 Fragen zur Zufriedenheit, 5-stufige Lickertskala		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	alle Zuweiser		
	Ausschlusskriterien	keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		120		
Rücklauf in Prozent		24 %	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten

Titel			
Laufende Optimierungen angelehnt an die Bedürfnisse unserer Zuweiser			

E Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

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

E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Die ANQ-Messvorgaben gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet. Zusätzlich werden freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben, insofern eine Klinik solche einsetzt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

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

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

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

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

E2-1 Erwachsenenpsychiatrie

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung)
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte 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 Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Symptombelastung mittels HoNOS Adults

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

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹	Maximal mögliche Verbesserung
4.89	4.7	- 48 Punkte	+ 48 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Das Ergebnis entspricht einem vergleichsweise sehr guten Resultat			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

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

Symptombelastung mittels BSCL

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

Klinikindividuelle Ergebnisse			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ²	Maximal mögliche Verbesserung
40.15	30.62	- 212 Punkte	+ 212 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Sehr gutes Behandlungsergebnis trotz vergleichsweise hoher Symptombelastung bei Eintritt			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Verbesserungsaktivitäten in der Erwachsenenpsychiatrie

Verbesserungsaktivitäten			
Titel			
Wir haben mit den weiteren Swiss Leading Hospitals Psychiatrie Kliniken eine Benchmarkgroup Outcome ANQ gebildet. Verbesserungsaktivitäten haben wir hinsichtlich des Umgang mit den BSCL-Messungen – welche wir laufend seit 2006 erheben – (technisch und therapeutisch) formuliert.			

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

F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013

F6 Weiteres Messthema

Messthema	Symptomverlauf
Was wird gemessen?	Symptombelastung Eintritt, Verlauf, Austritt und Follow-up

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Hoch signifikante Symptomverbesserungen	Hohe Wirksamkeit der stationären Behandlung

- Die Messung ist noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
- Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt | Name des Instrumentes: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: BSCL Brief Symptom Checklist |

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten (Follow-Up nur bei Patienten, die ihr Einverständnis gegeben haben)
	Ausschlusskriterien	Ungenügende Sprachkenntnisse (deutsch oder englisch)
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten 01.01. – 31.12.2012	365	Anteil in Prozent 75%

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Kein Bedarf aufgrund der Messung ermittelbar, in den laufenden Einzelfallanalysen finden die Ableitungen regelmässig statt.			

Messthema	Quality of Life
Was wird gemessen?	Lebensqualität und Wohlbefinden gemäss Definition der WHO

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: |
| <input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: |

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens poststationär	Hohe Wirksamkeit der stationären Behandlung

- Die Messung ist noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
- Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012

- | | | |
|---|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt | Name des Instrumentes: | Diverse Instrumente |
| <input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt. | Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz: | Auswertung intern |

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, die ihr Einverständnis zur Follow-up Evaluation gegeben haben	
	Ausschlusskriterien	Ungenügende Sprachkenntnisse (deutsch oder englisch)	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		365	Anteil in Prozent
Bemerkung			75%
		Daten eines Messzeitpunkts	

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Evaluation ist noch aktiv			

H Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
EFQM (European Foundation for Quality Management)	Ganze Klinik	2007	2011	Auszeichnung Recognised for Excellence R4E*** Selfassessment 2014
SLH (Swiss Leading Hospitals)	Ganze Klinik	2007	2011	Aktives Mitglied (Verw. Direktor im Vorstand) Requalifizierung Januar 2015

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

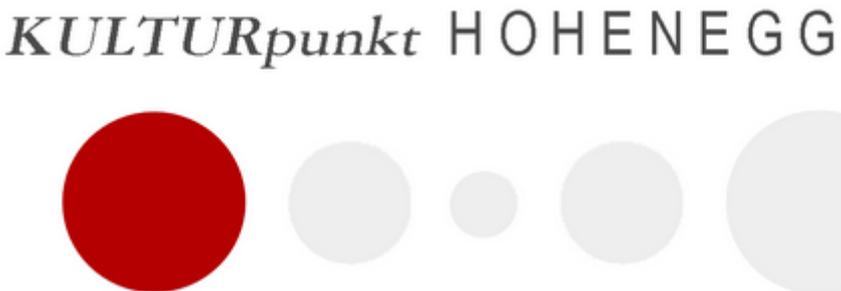
Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Umsetzung der Massnahmen aus den EFQM-Assessments	Weiterentwicklung / Unternehmensreifung	Gesamte Klinik	fortlaufend
Umbau und Erneuerung Haus Parco	Renovation und Umbau eines Patientenhauses	Klinikleitung, Verwaltungsdirektion	Mai 2014
Evaluation neues Instrument der Mitarbeiterzufriedenheitserhebung mit Benchmarking	Aufbau / Mitarbeit Benchmarkgroup Psychiatrie Schweiz	Qualitätsmanagement und HR	Dez. 2012 bis Juli 2013
CRM	Kundenorientierte Prozessoptimierung	Gesamte Klinik	2012 -
Prozessmanagement und Auditwesen	Steuerung von Management-, Kern- und Supportprozessen	Gesamte Klinik	permanent
Vorfallmeldesystem	Erfassung, Analyse, Bearbeitung, Prävention	Gesamte Klinik	permanent
CIRS Meldesystem	Identifikation möglicher Vorfälle und Prävention	Gesamte Klinik	permanent
Beschwerdesystem	Erkennen von Unzufriedenheiten mit direkter Reaktionsmöglichkeit	Gesamte Klinik	permanent
Chancenmanagement	Erkennen von Chancen, Förderung von Innovation	Gesamte Klinik	permanent
Risikoscreening	Früherkennung von Risikofaktoren	Gesamte Klinik	permanent
Outcomeerhebungen	Intervention, KVP, Benchmarking	Gesamte Klinik	permanent
Verbesserungswesen KVP	Monitoring	Gesamte Klinik	permanent
Dokumentenmanagement	Feedbackprozesse und Massnahmenüberprüfung	Gesamte Klinik	permanent
	Steuerung der Dokumentenverwaltung	Gesamte Klinik	permanent

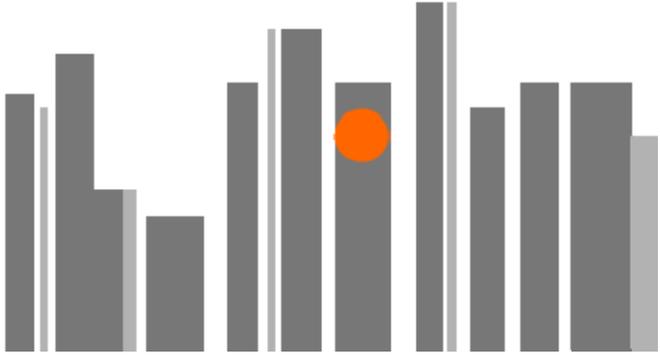
Projektmanagement	mit Prüf- und Freigabeverfahren Projektrealisation zur Erfüllung interner und externer Qualitätsansprüche	Gesamte Klinik	permanent
-------------------	---	----------------	-----------

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

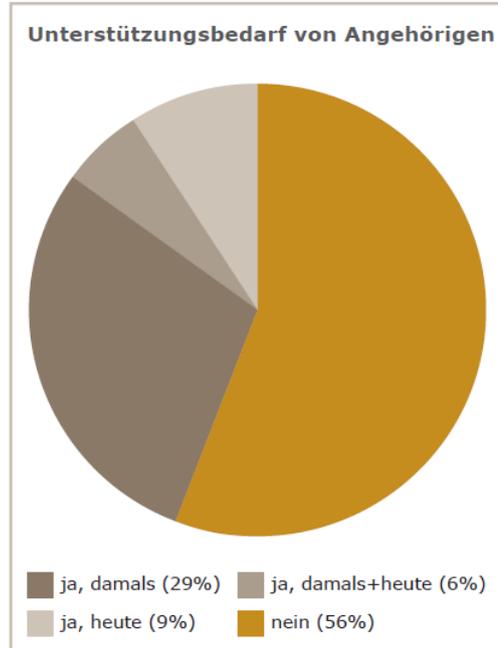
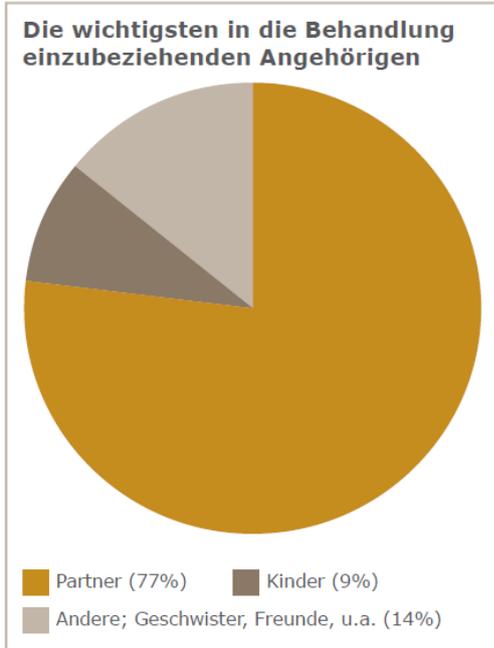
H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

		
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Konzept und Realisation „Kulturelle Angebote für Patienten“	
Beschreibung	Der „Kulturpunkt“ wurde geschaffen und bringt (bestehende und neue) kulturelle Angebote als wertvolle Ergänzung zum therapeutischen Alltag in die Klinik.	
Projekttablauf / Methodik	Im Rahmen einer interdisziplinären Arbeitsgruppe wurde der konzeptuelle Aufbau für den „Kulturpunkt“ erarbeitet – unter Integration der bestehenden Angebote. Dabei wurden Partnerschaften mit anderen Kulturinstitutionen geprüft und das Projekt umgesetzt.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?,	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb. Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinäre Projektgruppe	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Anzahl Besucher / Interesse an den Angeboten als Kennzahl	

	 <p>Forum Angehörige</p>
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt <input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Bedarfsermittlung und Entwicklung bedarfsgerechter Angebote für Angehörige und Bezugspersonen von psychiatrischen Patienten zur Förderung des langfristigen Behandlungserfolgs und Stabilisierung des familiären Systems
Beschreibung	<p>Es liegen heute für beinahe alle beschriebenen psychischen Störungen wirksamkeitsgeprüfte Behandlungsrichtlinien vor. Es gibt fundiertes Wissen, wie eine Störung behandelt werden soll und welche Angebote sich aus diesen Erkenntnissen ableiten lassen. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse von Langzeitverläufen, dass der Transfer der stationären psychiatrischen Behandlung in den Alltag des Patienten und damit die Aufrechterhaltung der wieder gewonnenen «Gesundheit» eine der ungelösten Probleme darstellt. Mit dem Bemühen um «Nachhaltigkeit der Behandlung» rückt die systemische Perspektive des Patienten und seiner Lebenswelt in den Fokus.</p> <p>In unserem Klinikalltag hat sich im Bemühen um eine langfristige Stabilisierung die Frage gestellt, welche Angebote die tatsächlichen Bedürfnisse unserer Patienten und ihres sozialen Umfelds so erfüllen lassen, dass ein positiver Effekt auf die Nachhaltigkeit der stationären Behandlung im Sinne einer sekundären oder tertiären Prävention mit erreicht und zudem – primär präventiv – einer Angehörigenersterkrankung vorgebeugt werden kann. Die Überlegungen öffneten den Bedarf für das Projekt «Ressource Angehörige » von zwei Seiten her. Aus der Perspektive des Patienten sollen Angehörige möglichst optimal in die Behandlung mit einbezogen werden, um Stabilität, förderlichen Support und positive Entwicklungen im System des Patienten sicherzustellen und ggf. zu verbessern. Wird die Perspektive Angehörige eingenommen, steht der Erhalt der psychischen Gesundheit des Angehörigen selbst durch Aufklärung, Aufzeigen von förderlichen Verhaltensweisen im Umgang mit dem Patient sowie Massnahmen zur Sicherstellung der eigenen psychischen Gesundheit im Familiensystem inkl. Früherkennung von Belastungsfaktoren und Vermittlung von unterstützenden Massnahmen (Triage) im Zentrum.</p>
Projektablauf / Methodik	Das Projekt wurde in einer stationären (Bedarfserhebung Angehöriger stationärer Patienten) und einer poststationären Phase (retrospektive Bedarfsermittlung von 178 Patienten und ihren Angehörigen 18 Monate nach Austritt) umgesetzt und Massnahmen daraus abgeleitet. Seit Januar 2014 findet das monatliche „Forum Angehörige“ statt.
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?, <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb. <input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?

	Stationärer Bereich
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinäre Projektgruppe
Projektevaluation / Konsequenzen	Evaluation der getroffenen Massnahmen durch Zufriedenheitskennzahlen





Gesundheitsförderung für Mitarbeiter (BGM)

Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Förderung der psychischen und physischen Gesundheit durch Entwickeln von attraktiven und abwechslungsreichen Angebote	
Beschreibung	Das bestehende Angebot wurde ausgebaut und an den Bedürfnissen der Mitarbeiter weiter entwickelt	
Projektablauf / Methodik	<ul style="list-style-type: none"> - Entwickelte BGM-Massnahmen 2013 - Ergonomieschulung Büroarbeitsplätze im Herbst durch externe Fachperson (dipl. Physiotherapeut FH, Verantwortung Physiotherapie Wirbelsäule, Schulthess Klinik), - Ergonomieschulung im Hausdienst durch externe Fachperson (dipl. Sportlehrerin), pro Station drei Stunden - Burnout-Prophylaxe 2 x 2 Stunden für alle Mitarbeitenden - Sportangebote für alle Mitarbeitenden - Rückenfit durch externe Fachperson (dipl Sportlehrerin/Yogalehrerin) ab 12.06.2013 jede Woche - Yoga-Stretch und Entspannung durch externe Fachperson (dipl Sportlehrerin/Yogalehrerin) ab 12.06.2013 jede Woche - Jogging: Grundlagentraining durch interne Fachperson (6 x 1 Std. ab 13.06.2013) - Gratis Hallenbadeintritte für das ganze 2013 - Schrittzähleraktion im Juni für alle Mitarbeitenden 	
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? Stationärer Bereich <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeiter	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Anzahl Teilnehmer, Feedbacks, betriebliche Kennzahlen (Ausfallraten)	

I

Schlusswort und Ausblick

Unser Slogan: „Zur Ruhe kommen, Kraft gewinnen für den Neuanfang.“ gilt nicht nur für unsere Patienten sondern – insbesondere bei einem Übergang in ein neues Jahr - auch für die Mitarbeitenden und die Klinik als Ganzes. Das 2013 war geprägt von der Konsolidierung des Wachstums und einer Top-Auslastung.

Das 2014 steht bei uns unter dem Motto „Achtsamkeit und Ästhetik“ sowie dem erfreulichen Abschluss der Komplett-Sanierung der prächtigen denkmalgeschützten Häuser und der einzigartigen Parkanlage. Damit und vor allem mit einer erstklassigen Behandlungsqualität, dem hohen Stellenwert der vertrauensvollen therapeutischen Beziehungen sowie einer Klinikatmosphäre, in der sich Patientinnen und Patienten aufgehoben fühlen, unterstreichen wir unsere Positionierung als führende Klinik exklusiv für Privat- und Halbprivatversicherte.

Wir freuen uns auf die Herausforderungen im 2014!

J Anhänge

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, Rehabilitation und Langzeitpflege stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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



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

Siehe auch: www.anq.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW). Die Begleitkommission Qualitätsempfehlung der SAMW prüft publizierte Qualitätsberichte und befürwortet die einheitliche Verwendung der strukturierten H+ Vorlage.