



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2016
Stefan Aebi, Vorsitzender der Geschäftsleitung

Version



Universitäre Psychiatrische Dienste
Bern, UPD

www.gef.be.ch/upd



Psychiatrie

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 2015.

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 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.

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 2015

Herr
Panagiotis Lazaridis
Leiter Qualitätsmanagement, eHealth, Medizincontrolling
031 930 99 86
panagiotis.lazaridis@gef.be.ch

Vorwort von 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 und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitalertritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligten sich ebenfalls.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

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](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methode / 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 adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor 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 2015	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.3.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	15
4.4 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	17
Befragungen	18
5 Patientenzufriedenheit	18
5.1 Eigene Befragung	18
5.1.1 Patientenzufriedenheit im stationären und teilstationären Bereich	18
5.1.2 Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich	20
5.2 Beschwerdemanagement	21
6 Mitarbeiterzufriedenheit	22
6.1 Eigene Befragung	22
6.1.1 Mitarbeitendenbefragung	22
7 Zuweiserzufriedenheit	23
7.1 Eigene Befragung	23
7.1.1 Zuweiserbefragung	23
Behandlungsqualität	24
8 Stürze	24
8.1 Eigene Messung	24
8.1.1 Sturzprotokoll	24
9 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	25
9.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	25
10 Psychische Symptombelastung	26
10.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	26
10.2 Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	28
11 Projekte im Detail	30
11.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	30
11.1.1 Skill- und Grade Mix Analyse	30
11.1.2 Qualitätssicherung, Therapie- und Prozessevaluation	31
11.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015	33
11.2.1 Ausschreibung ERP	33
11.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte	34
11.3.1 EFQM Auszeichnung	34
12 Schlusswort und Ausblick	35
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	36
Akutsomatik	36
Psychiatrie	36

Herausgeber 37

1 Einleitung

Die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) sind die führende Institution im Gesundheitswesen des Kantons Bern für die Sicherstellung der ambulanten, tagesstationären und stationären psychiatrischen Versorgung der Erwachsenen im Großraum Bern und der Stadt Biel sowie der Kinder und Jugendlichen im ganzen Kanton Bern. Mit ihren Angeboten an insgesamt 37 Standorten erfüllen die UPD den Leistungsauftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF).

Die UPD sind in drei Kliniken gegliedert:

- Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie
- Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Als Universitätsspital haben die UPD zudem einen erweiterten Auftrag in der spezialisierten Versorgung. Dazu gehören beispielsweise die forensische Psychiatrie oder Konsiliar- und Liaisondienste für somatische Spitäler, Altersheime und weitere Institutionen des Gesundheitswesens. Ein Teil unserer Patientinnen und Patienten verliert in der Folge einer psychiatrischen Erkrankung die Stelle, die Wohnung oder beides. Für diese Menschen verfügt die Direktion Psychiatrische Rehabilitation über Beschäftigungs- und Wohnmöglichkeiten.

Damit bieten die UPD als einzige psychiatrische Institution im Kanton Bern die gesamte Versorgungskette von der Früherkennung bis zur Nachbetreuung an, für Menschen jeden Alters, mit psychischen Problemen jeglicher Art.

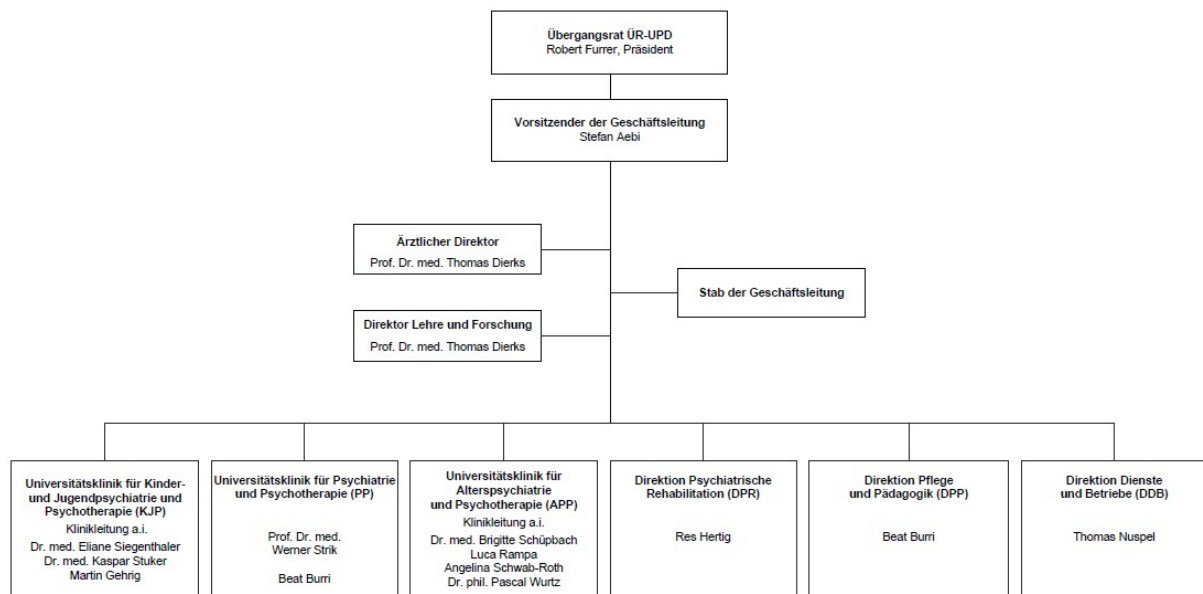
In den UPD sind Lehre und Forschung integraler Teil der täglichen Arbeit. Die wissenschaftliche Tätigkeit in den Forschungsabteilungen erlaubt es, in den UPD das ganze Spektrum der modernen Psychiatrie mit ihren biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten angemessen zu vertreten und zu lehren. Zudem leisten die UPD einen wesentlichen Beitrag zur Aus-, Weiter- und Fortbildung von qualifiziertem Fachpersonal.

Per 1. Januar 2017 werden die UPD verselbstständigt und in eine gemeinnützige Aktiengesellschaft überführt. Dieser Wandel ist mit vielen Veränderungen verbunden. Auch auf dem Weg zur Verselbstständigung ist eine hohe Qualität für die UPD ein wichtiges Thema, deshalb entschied die Geschäftsleitung im Jahr 2015 ein externes Assessment durchzuführen. Die UPD investieren viel in die Sicherung und Weiterentwicklung eines wissenschaftlich abgestützten Behandlungsprozesses. Qualität ist für die UPD keine Ansichts- oder Glaubensfrage: Sie wird systematisch erarbeitet, gemessen und überprüft. Durch das Erlangen der Auszeichnung "Recognised for Excellence" 3 Star konnte dies bestätigt werden.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Mitglieder der Geschäftsleitung: Stefan Aebi, Werner Strik, Res Hertig, Beat Burri, Thomas Nuspel

Mitglieder mit beratender Stimme: Thomas Dierks, Christine Jann Schneider (Leiterin HR), Peter Eggli (Dekan Medizinische Fakultät, Universität Bern)

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **210%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Panagiotis Lazaridis
Leiter Qualitätsmanagement, eHealth,
Medizincontrolling
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern,
UPD
031 930 99 86
panagiotis.lazaridis@gef.be.ch

Frau Jeannette Riesen
Wiss. MA QeM
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern,
UPD
031 932 87 01
jeannette.riesen@gef.be.ch

Frau Rebekka Kohler
Wiss. MA QeM
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern,
UPD
031 932 89 02
rebekka.kohler@gef.be.ch

3 Qualitätsstrategie

Die UPD werden in ihrem künftigen unternehmerischen Handeln von folgender **Vision** geleitet: Für Menschen mit einer psychischen Erkrankung bieten die UPD hervorragende, wissenschaftlich abgestützte Methoden und Konzepte zur Behandlung und zur Rehabilitation an. Unser Antrieb ist die Sorge für diese Menschen und ihre Angehörigen. Die Mitarbeitenden der UPD arbeiten gerne, sind engagiert, motiviert und lernen lebenslang. Die UPD sind als universitärer Gesundheitsversorger regional, kantonal und in ausgewiesenen Schwerpunkten national führend und setzen auf Bildung sowie Forschung. Die Selbständigkeit verstehen die UPD als Chance, auf der Basis gesunder Finanzen an der Qualität der Leistungen für ihre Anspruchsgruppen zu arbeiten und neue Angebote zu entwickeln.

Als **Mission** bieten die UPD den psychisch erkrankten Menschen ein umfassendes Angebot an aufsuchenden, ambulanten, tagesstationären und stationären Leistungen. Die UPD erfüllen den Leistungsauftrag des Kantons Bern, welcher die psychiatrische Grundversorgung aller Altersgruppen in der Region Bern sowie von Kindern und Jugendlichen im ganzen Kanton Bern umfasst. Sie betreiben ein umfassendes Angebot für die Arbeits- und Wohnrehabilitation sowie Beschäftigung. Als Universitätsspital haben die UPD einen erweiterten Auftrag in der spezialisierten Versorgung, in der Lehre und Forschung sowie Aus-, Weiter- und Fortbildung. Zu den Dienstleistungen gehören die forensische Psychiatrie, Konsiliar- und Liaisondienste für somatische Spitäler und weitere Institutionen.

Als **Werte** befolgen die UPD folgende Verhaltensgrundsätze in ihrer täglichen Arbeit:

- Patienten- und klientenorientiert
- Wertschätzend und unterstützend
- Verlässlich und leistungsorientiert
- Neugierig und innovativ
- Offen und respektvoll

Zusätzlich zur Vision, Mission und Werte orientiert sich das Qualitätsmanagement der UPD an folgende Vision und Strategie:

Vision Qualitätsmanagement UPD:

Wir leben eine offene, transparente und innovative Qualitätskultur und verpflichten uns zur kontinuierlichen Qualitätssteigerung in allen Bereichen der UPD.

Strategie Qualitätsmanagement UPD:

- Die Aktivitäten im Bereich Qualität richten sich nach der Gesamtstrategie der UPD.
- Qualitätsförderung ist Führungsaufgabe und betrifft alle Bereiche der UPD.
- Die UPD sind eine lernende Organisation und unterstützen aktiv die Suche nach Verbesserungspotential.
- Ziel der Qualitätsaktivitäten ist die Leistungsoptimierung für Patientinnen und Patienten, Betreute, Angehörige, Zuweisende und die Gesellschaft.
- Die Mitarbeitenden der UPD sind die wichtigste Ressource der Klinik und der kritische Erfolgsfaktor für die Qualität.
- Personensicherheit ist ein zentrales Qualitätsziel.
- Die Schlüsselprozesse der UPD aus den drei Bereichen Managementprozesse, Kernprozesse und Supportprozesse sind definiert und werden umgesetzt und gelebt.
- Die Qualitätsmessungen sind effektiv, effizient und zweckmässig und erfüllen die Anforderungen des Kantons und des Gesetzes.

Die UPD ist in Qualitätsfragen gegenüber Interessierten (Mitarbeitende, Kunden, Leistungserbringer, Leistungsträger und Regulatoren) transparent und aufgeschlossen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015

- Externes Assessment für die zweite Zertifizierungsstufe EFQM "Recognised for Excellence"
- Vorbereitung und Durchführung einer ambulanten Patientenbefragung
- Definition und Umsetzung von Massnahmen zur Verbesserung der stationären und teilstationären Patientenzufriedenheit.
- Aufbau von Controlling-Instrumenten im Klinik Informationssystem zur Verbesserung der Datenlieferungen (medizinische Statistik und ANQ)
- Vorbereitungsarbeiten für die Verselbstständigung im Jahr 2017
- Monitoring Austrittsberichte zur Steigerung der Zuweiserzufriedenheit und Verbesserung der Zusammenarbeit

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

- Die UPD haben im September 2015 die 2. Stufe EFQM "Recognised for Excellence" erreicht
- Die Arbeiten für die Verselbstständigung der UPD im Jahr 2017 sind auf Kurs, die erste Phase ist erfolgreich abgeschlossen
- Die Datenqualität der ANQ Messungen hat sich markant verbessert
- Die Werte der Patientenzufriedenheit haben sich verbessert oder sind erhalten

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Massnahmenableitung und -umsetzung aus den Stärken und Verbesserungspotentialen aus dem EFQM-Assessmentbericht
- Weiterentwicklung des Monitoringsystem im Medizincontrolling
- Optimierung der medizinischen Dokumentation
- Optimierung der Management-, Kern- und Supportprozesse
- Optimierung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse des Critical Incident Reporting System (CIRS)
- Einführung einer neuen ERP-Lösung

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)
– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen
▪ Kinder- und Jugendpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)
– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

4.2 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Patientenzufriedenheit im stationären und teilstationären Bereich▪ Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Mitarbeitendenbefragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Zuweiserbefragung

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Sturzprotokoll

4.3 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Demenzgarten APP

Ziel	Verbesserung des Raumangebotes für Patienten, Möglichkeit für Demente Patienten in einer sicheren und anregenden Umgebung nach draussen zu gehen, Steigerung der Lebensqualität für Patienten während des Klinikaufenthalts
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Stationäre Alterspsychiatrie, Zentralbau Bolligenstrasse
Projekte: Laufzeit (von...bis)	September 2015 – September 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankung können heute nur mit enger personalintensiver Begleitung nach draussen gehen. Ein demenzgerechter Garten (mehr Sitzgelegenheiten, guter Gehweg, keine Hindernisse) ermöglicht einen sichereren Aufenthalt an der frischen Luft mit einem kleineren Betreuungsaufwand. Damit wird es möglich das z.B. Demenzpatienten mit einem ausgeprägten Bewegungsdrang, häufiger und länger die Station auch selbständig verlassen können
Methodik	Bauprojekt
Involvierte Berufsgruppen	Gärtnerei, Pflege, Aktivierung, Medizin
Evaluation Aktivität / Projekt	Der Umbau ist noch in Arbeit. Es hat noch keine Evaluation stattgefunden

Projekt konstruktiver Umgang mit Herausforderungen – Reduktion von freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FM) und Aggressionsereignissen (AE) auf Akuttstationen der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ziel	Reduktion von FM und AE
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Stationäre Akutpsychiatrie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Vorbereitung 2015, Projektlaufzeit 2016-2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Wird von verschiedenen Stellen gefordert unter anderem von der SAMW
Methodik	Drei verschiedene „Methoden“: Safewards, Massnahmen abgeleitet von der „Berner Psychopathologie Skala“, sowie einfache mündliche und schriftliche Information zum Thema
Involvierte Berufsgruppen	Intersdisziplinär, alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Wissenschaftliche Evaluation im Rahmen einer Studie geplant (Drei-Armige, kontrollierte Interventionsstudie, Prä-Post Design)
Weiterführende Unterlagen	Informationen zu den 10 Safewards Interventionen unter http://www.safewards.net/de/

Offene Psychiatrie

Ziel	Empirische Aussage über das Verhältnis offene vs. geschlossene Stationen / Klinik
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2010; jährlich fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Offene Stationen sind ein wichtiger Qualitätsindikator für die Behandlung der ausserdem rechtliche Bestimmungen tangiert
Methodik	Erfassung mit den Schliessungsprotokollen
Involvierte Berufsgruppen	Pflege und Medizin
Evaluation Aktivität / Projekt	Deskriptive Auswertung der Schliessungsprotokolle auf Stationsebene

Pflegeprozesssteuerung

Ziel	Umsetzung und Dokumentation einer transparenten, pflegespezifischen Versorgungsleitung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Seit 2015 fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Pflegerische Beurteilungen und entsprechende Massnahmen müssen aus fachlicher, berufspolitischer, rechtlicher, ethischer und ökonomischer Sicht ausgewiesen werden
Methodik	Selbst entwickeltes Evaluationsinstrument
Involvierte Berufsgruppen	Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässige Auswertungen auf stationsebene durch Stationsleitung und Fachverantwortlichen in Zusammenarbeit mit der Abteilung Forschung&Entwicklung

Skill- und Grade Mix Analyse

Ziel	Die Aufgaben und Tätigkeiten der unterschiedlichen Pflegepersonen, beispielsweise der FAGE, sind definiert und die Arbeitsteilung zwischen den unterschiedlichen Skill- und Gradeprofilen ist beschrieben
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	August 2015 bis Dezember 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die Verselbstständigung der UPD und die neue Bildungssystematik erfordern eine optimale Zusammenarbeit der einzelnen Berufsangehörigen, um eine umfassende Pflege durchführen und planen zu können
Methodik	Analyse nach den 8 Schritten des Handbuches der OdA Gesundheit (Organisation der Arbeitswelt)
Involvierte Berufsgruppen	Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Ist-Soll Beschreibung

Qualitätssicherung, Therapie- und Prozessevaluation

Ziel	Erfassung der Veränderung/Verbesserung des psychischen Zustandes des Patienten und dessen Nachhaltigkeit im Zusammenhang mit der Anwendung von Wirkfaktoren der Psychotherapie während der Behandlung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Schwerpunkt Psychotherapie: Psychotherapietagesklinik, Schwartzlin
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 bis unbestimmt
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Qualitätserhaltung und –verbesserung
Methodik	Psychotherapieevaluation
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Psychologen, Pflegende
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufend

Ausschreibung ERP

Ziel	Öffentliche Ausschreibung zur Evaluation einer geeigneten ERP-Lösung für die UPD
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Administration
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Mai 2015 - Dezember 2015
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Bestehende ERP-Lösung wird abgelöst
Methodik	Anforderungserhebung, Ausschreibung, Evaluation
Involvierte Berufsgruppen	Administration, ICT

4.3.1 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, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2006 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.

4.4 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
EFQM	Ganzer Betrieb	2012 "Committed to Excellence"	2015 "Recognised for Excellence" 3 Star	2017 nächstes Assessment
REKOLE	Finanzen und Controlling	2012	...	2016 nächste Zertifizierung
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Ganzer Betrieb	...	2015	Ohne Zertifikat, letztes Audit 2015, Bewertung "erfüllt".
NOFLAME safe textiles bfu bpa upi Sicherheit	Textilmanagement	2007	...	Ganzer Betrieb

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 Eigene Befragung

5.1.1 Patientenzufriedenheit im stationären und teilstationären Bereich

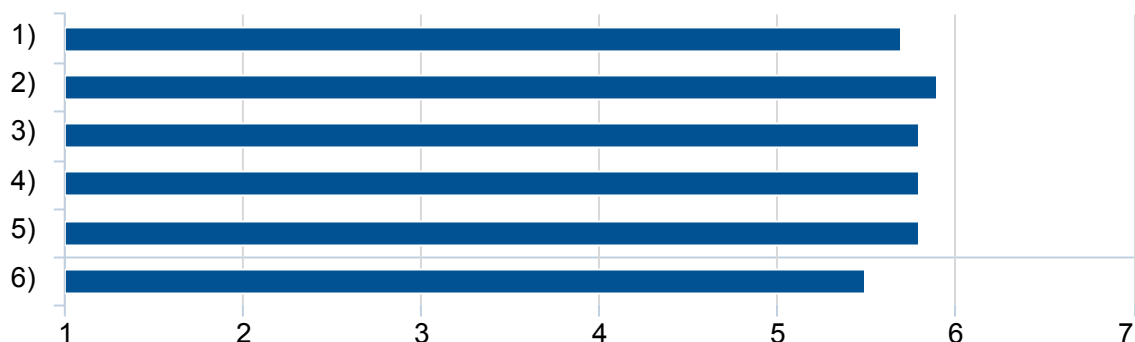
Die **Messung der Patientenzufriedenheit** in den UPD erfolgt im stationären Bereich wie auch in den Tageskliniken. Die Durchführung erfolgt in Form einer Dauerbefragung mittels schriftlichem Fragebogen. Die Daten werden durch ein externes und unabhängiges Auswertungsinstitut ausgewertet. Die Auswertungen sind standardisiert und anonym. Das heisst, die Fragebogen werden direkt an das Auswertungsinstitut gesandt, dort ausgewertet und später vernichtet. Die Berichte über die Patientenzufriedenheit werden vom QeM aufbereitet und den zuständigen Stellen vierteljährlich zur Verfügung gestellt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2015 in den Abteilungen „Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie stationär und teilstationär“, „Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie stationär und teilstationär“ durchgeführt.

Eingeschlossen sind Patientinnen und Patienten der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie die ein stationäres oder teilstationäres Angebot in Anspruch genommen haben. Dropout-Gründe: Sprache, Demenz, psychotisch, entwichen, verweigert, Kurzaufenthalte bis 3 Tage. Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Hilfe durch die Zusammenarbeit mit Ihrer Ärztin / ihrem Arzt
- 2) Hilfe durch die Zusammenarbeit mit Ihrer Psychologin / Ihrem Psychologen
- 3) Hilfe durch die Zusammenarbeit mit der Sozialarbeiterin / dem Sozialarbeiter
- 4) Hilfe durch die Zusammenarbeit mit Ihren weiteren Therapeutinnen / Therapeuten
- 5) Hilfe durch die Zusammenarbeit mit der Bezugspflegeperson
- 6) Ich würde diese Klinik weiterempfehlen



1 = trifft überhaupt nicht zu / 7 = trifft voll und ganz zu

■ Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, UPD

Messergebnisse in Zahlen

Mittelwerte pro Fragen

	1)	2)	3)	4)	5)
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, UPD	5.70	5.90	5.80	5.80	5.80

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Fragen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, UPD	5.50	928	66.50 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Aus dem jährlichen Management Summary über die Patientenzufriedenheit werden von den Kliniken Massnahmen abgeleitet um die Qualität bestimmter Themenbereiche gezielt zu verbessern.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	UPK Basel - Institut für Evaluationsforschung
Methode / Instrument	MüPF(-27)

5.1.2 Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich

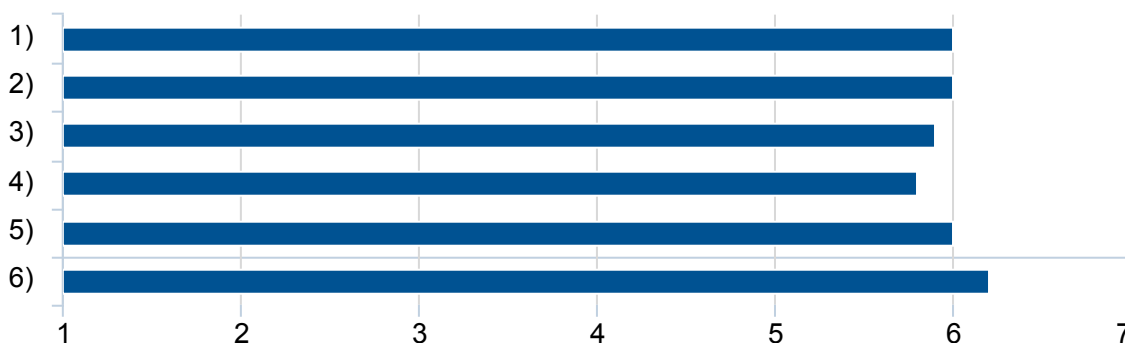
Die **Messung der Patientenzufriedenheit** in den UPD erfolgt im ambulanten Bereich in regelmässigen Abständen, ca. alle 2 Jahre. Die Daten werden durch ein externes und unabhängiges Auswertungsinstitut ausgewertet. Die Auswertungen sind standardisiert und anonym. Das heisst, die Fragebogen werden direkt an das Auswertungsinstitut gesandt, dort ausgewertet und später vernichtet. Die Berichte über die Patientenzufriedenheit werden vom Auswertungsinstitut aufbereitet und zur Verfügung gestellt.

Diese Patientenbefragung haben wir vom März 2015 bis Mai 2015 in der Abteilung „Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie ambulant“ durchgeführt.

Eingeschlossen sind Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie die ein ambulantes Angebot in einem unserer sieben Ambulatorien in Anspruch genommen haben. Im Untersuchungszeitraum (März-Mai 2016) hatten die Patientinnen und Patienten mindestens eine Konsultation und es handelt sich dabei um eine aktive Behandlung. Dropout-Gründe: Erstkonsultationen, Teilnahme verweigert. Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Hilfe durch Zusammenarbeit mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt
- 2) Hilfe durch Zusammenarbeit mit Ihrer Psychologin / Ihrem Psychologen
- 3) Hilfe durch Zusammenarbeit mit der Sozialarbeiterin / dem Sozialarbeiter
- 4) Hilfe durch Zusammenarbeit mit Ihren weiteren Therapeuten / Therapeutinnen
- 5) Hilfe durch Zusammenarbeit mit Ihrer Bezugspflegeperson
- 6) Ich werde dieses Behandlungsangebot weiterempfehlen



1 = Trifft überhaupt nicht zu / 7 = Trifft voll und ganz zu

■ Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, UPD

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, UPD	6.00	6.00	5.90	5.80	6.00

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, UPD	6.20	280	39.00 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Aus dem Bericht über die Patientenzufriedenheit werden von der Klinik Massnahmen abgeleitet, um die Qualität bestimmter Themenbereiche gezielt zu verbessern.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	UPK Basel - Institut für Evaluationsforschung
Methode / Instrument	MüPF(-27)

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, UPD

Ombudsstelle für das Spitalwesen des
Kantons Bern

Roman Manser

Notar und Fürsprecher

032 331 24 24

info@ombudsstelle-spitalwesen.ch

Telefonisch erreichbar: Montag bis Freitag
von 08:00 - 12:00 und 14:00 - 17:00

Persönliche Besprechungen erfolgen nur
nach telefonischer Terminvereinbarung.

6 Mitarbeiterzufriedenheit

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

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Mitarbeitendenbefragung

Mit der Befragung wollen die UPD ihre Stärken erkennen und gezielt fördern sowie Verbesserungspotentiale ermitteln und diese für die gemeinsame Weiterentwicklung nutzen. Mit einem Fragebogen wurde die Arbeitszufriedenheit, das Commitment zur UPD sowie das zielorientierte Verhalten der Mitarbeitenden abgefragt. Die Umfrage unterstützt zudem den systematischen Nachweis des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, welcher auch im Zusammenhang mit der EFQM-Zertifizierung "Recognised for Excellence" im Herbst 2015 eine wichtige Rolle spielt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2014 in allen Abteilungen durchgeführt. Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2016.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Empiricon
Methode / Instrument	Mitarbeitendenbefragung

7 Zuweiserzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Zuweiserbefragung

Die **Messung der Zuweiserzufriedenheit** in den UPD erfolgt in regelmässigen Abständen alle 2-3 Jahre. Die Durchführung erfolgt mittels schriftlichem Fragebogen. Die Daten werden durch ein externes und unabhängiges Auswertungsinstitut ausgewertet. Die Auswertungen sind standardisiert und anonym. Das heisst, die Fragebogen werden direkt an das Auswertungsinstitut gesandt, dort ausgewertet und später vernichtet. Die Berichte werden uns vom Auswertungsinstitut Verfügung gestellt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2013 in den Abteilungen „Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie“, „Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie“, „Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2016.

Als Einschlusskriterium gilt, dass ein befragter Zuweiser mindestens 2 stationäre Zuweisungen im Untersuchungszeitraum gemacht hat.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Anhand des Berichts werden pro Klinik Massnahmen für die Verbesserung der Qualität in der Zusammenarbeit, Kommunikation, etc. abgeleitet.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Zuweiserfragebogen KEF_CH

Behandlungsqualität

8 Stürze

8.1 Eigene Messung

8.1.1 Sturzprotokoll

Gemessen wird: Wo gestürzt, dabei verwendete Hilfsmittel, Beschreibung der Situation die zum Sturz führte und die Sturzfolgen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2015 in der Abteilung „Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie“ durchgeführt.

Die Erfassungen erfolgen im tagesstationären und stationären Bereich und umfassen die Tagesklinik und die beiden Akutstationen.

Im vergangenen Jahr (2015) ist es insgesamt zu 64 Sturzereignissen gekommen. In acht der Fälle kam es zu Mehrfachstürzen.

Die häufigsten Stürze ereignen sich im Patientenzimmer und liegen im Durchschnitt bei 63%. Glücklicherweise zählen „keine sichtbaren Verletzungen“ zu den beständigsten Sturzfolgen und liegen durchschnittlich ebenfalls bei 63% gefolgt von „Schmerzen“ mit 25%. Weitere Sturzfolgen welche sich im 2015 ereignet haben sind Hämatome/Prellungen, Platzwunden, Rissquetschwunden, Frakturen ergeben sich erfreulicherweise keine.

Die häufigsten Sturzursachen liegen in der Gangunsicherheit mit durchschnittlich 56%, gefolgt von weiteren Faktoren wie anamnestische Stürze, Unruhezustand/Verwirrtheit/Umherirren, Demenz und eingeschränkte Beweglichkeit.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Folgende Massnahmen wurden im Bereich der Patientenzimmer bisher ergriffen um das Sturzrisiko zu minimieren:

- Mit dem Reinigungsdienst wurde die Reinigung/Beschichtung der Bodenbeläge besprochen und angepasst
- Die Angehörigen von „Sturzrisiko – Pat.“ werden gebeten Antirutsch-Socken zu besorgen
- Auf beiden Stationen wurde der Bestand an Antirutsch-Socken erhöht
- Auch der Bestand an sogenannten „Sturzhosen“ Unterziehhose mit Hüftprotektoren wurde angepasst
- Wo angezeigt werden Patientinnen und Patienten tags und/oder nachts mit Sturzhosen ausgerüstet
- Zur besseren Orientierung/Sicherheit wird nachts in den entsprechenden Patientenzimmern im „Vorzimmer“ das Licht an belassen
- Zur einfacheren Bedienung/Sicherheit wurden Nachttischlampen angeschafft, welche einen beleuchteten Schalter aufweisen
- Wenn möglich (kognitive Fähigkeiten) werden Patientinnen und Patienten mit einem „Schwesterruf“ ausgestattet. Dies ist ein Alarmknopf welcher an einem Armband befestigt wurde >> analog Telealarm von Swisscom
- Auf beiden Stationen wurde der Bestand an sogenannten „Care – Mate“ (Sensormatten) erhöht
- Bei Pat. mit hohem Sturzrisiko werden solche Sensormatten eingesetzt, tagsüber und/oder nachts

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzprotokoll
---	----------------

9 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

9.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	EFM

10 Psychische Symptombelastung

10.1 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 Tageskliniken und ambulante 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

HoNOS Adults	2012	2013	2014	2015
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, UPD				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	-	8.05	0.00
Standardabweichung (+/-)	-	-	6.78	0.00

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2012	2013	2014	2015
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, UPD				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	-	31.16	0.00
Standardabweichung (+/-)	-	-	33.92	0.00

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

- Ausbau der Kontrollinstrumenten in Klinikinformationssystem
- Monatliches Reporting
- Schulung der Mitarbeitenden
- Anpassung der Erhebungsprozessen
- Erstellung eines Schulungsvideos für die HoNOS Messung

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
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

Bemerkungen

Die Ergebnisse der Symptombelastung für das Jahr 2015 liegen noch nicht vor. ANQ wird die Daten erst im Juni 2016 liefern.

10.2 Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten seit Juli 2013 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante 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.

HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 13 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Einschätzung der Fallführenden (Fremdbewertung).

HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 13 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

Messergebnisse

HoNOSCA	2012	2013	2014	2015
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, UPD				
HoNOSCA Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	-	-	0.00
Standardabweichung (+/-)	-	-	-	0.00

Wertung der Ergebnisse:

- 52 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 52 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

HoNOSCA-SR	2012	2013	2014	2015
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, UPD				
HoNOSCA-SR Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	-	-	0.00
Standardabweichung (+/-)	-	-	-	0.00

Wertung der Ergebnisse:

- 52 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 52 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

- Ausbau der Kontrollinstrumenten in Klinikinformationssystem
- Monatliches Reporting
- Schulung der Mitarbeitenden
- Anpassung der Erhebungsprozessen

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) und HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating)

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

Bemerkungen

Die Ergebnisse aller Kliniken werden erst im Herbst 2016 durch ANQ national und nicht anonymisiert publiziert.

11 Projekte im Detail

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

11.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

11.1.1 Skill- und Grade Mix Analyse

Projektstart:

August 2015 bis Dezember 2016.

Projektart:

Internes Projekt der Direktion Pflege und Pädagogik.

Projektziel:

1. Der Pflegeauftrag ist klar definiert, es wird deutlich welchen Beitrag die Pflege im multiprofessionellen Behandlungsteam für die Patientinnen und Patienten leistet.
2. Die Aufgaben und Tätigkeiten der unterschiedlichen Pflegepersonen, beispielsweise der FAGE, sind definiert und die Arbeitsteilung zwischen den unterschiedlichen Skill- und Gradeprofilen ist beschrieben.
3. Der Pflegeprozess ist das leitende und wichtigste Arbeitsinstrument, um dem Pflegeauftrag im Organisationsmodell der Bezugspersonenpflege gerecht zu werden.
4. Die Stationsleitungen richten die Führung des Teams explizit auf die Punkte 1.-3. aus.

Projekttablauf/Methodik:

Das Projekt wird anhand der acht Prozessschritte des Handbuchs zu Skill- und Grademix Projekten der Organisation der Arbeitswelt (OdA) Gesundheit beider Basel (Kanton Basel-Landschaft und Basel-Stadt) durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine Ist-Soll-Analyse zum Skill Grade Mix auf den Stationen. Die acht Arbeitsschritte setzen sich folgt zusammen:

1. Aktueller Personalbestand.
2. Aktueller Betreuungs- und Pflegebedarf.
3. Auflistung der Arbeitsaufgaben nach Rauner.
4. Zuteilung der Arbeitsaufgaben zu den heutigen Berufsprofilen.
5. Einschätzung des akuten pflegerischen Organisationsmodells.
6. Zuteilung der Arbeitsaufgaben zu den zukünftigen Berufsprofilen.
7. Beschreibung des zukünftigen pflegerischen Organisationsmodells.
8. Delta aus Ist-Soll: Beschreibung des neuen Skill-Grade-Mix-Modells.

Involvierte Berufsgruppen:

Pflege. Vertreten durch Stellvertretende Leiterin Direktion Pflege; Pflegeexperte und Pflegewissenschaftler; Stationsleitungen und Fachverantwortliche der Stationen.

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen:

Das Projekt wird Ende dieses Jahres beendet sein.

Folgende Hauptkonsequenzen haben sich ergeben:

1. Bis Ende Jahr gibt es auf jeder Station eine Fachfrau Gesundheit.
2. Optimierung und Evaluation des Pflegeprozesses.

Eine Massnahme zur Umsetzung des neuen Skill-Grade-Mixes ist ein Workshop zum Thema Delegation in der Pflegepraxis.

Weiterführende Unterlagen:

Handbuch der OdA Gesundheit; Projektmanagement UPD.

11.1.2 Qualitätssicherung, Therapie- und Prozessevaluation

Projektart:

Das Projekt „Qualitätssicherung, Therapie- und Prozessevaluation“ trägt durch eine fortlaufende Evaluation des Behandlungs- und Betreuungsangebotes zur Sicherstellung, Aufrechterhaltung und Verbesserung der Qualität der Psychotherapie auf der Station Schwartzlin bei. Durch die kontinuierliche Therapieevaluation können die Veränderungen/ Verbesserungen des psychischen Zustandes der Patienten erfasst und Rückschlüsse über die Effizienz bezüglich des stationären Therapieangebots gezogen werden. Die im Rahmen dieses Qualitätsprojekts generierte Datenerhebung erfolgt über mehrere Messzeitpunkte und Ebenen. Sie dokumentiert den Behandlungsverlauf unter Einbezug der Therapeuten- und Patienten-perspektive und stellt daher eine wichtige Grundlage für weiterführende Analysen von Wirkfaktoren im Therapieprozess dar.

Projektziel:

Übergeordnetes Ziel dieser Untersuchung ist die Gewährleistung bzw. Aufrechterhaltung eines qualitativ hochstehenden stationären Therapieangebots. Die Untersuchung dient daher der Erfassung der Veränderung/Verbesserung des psychischen Zustandes des Patienten und dessen Nachhaltigkeit im Zusammenhang mit der Anwendung von Wirkfaktoren der Psychotherapie während der Behandlung. Die im Rahmen dieser Untersuchung gewonnenen Daten werden zwecks Qualitätssicherung und Prozessevaluation ausgewertet. Die hier beschriebene Qualitätsmessung ist in ein Forschungsprojekt eingebettet, das auf die Analyse der Interaktionen zwischen allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie und spezifischen psychotherapeutischen Techniken abzielt und die Ableitung von Wirkprinzipien für die Therapieplanung anstrebt.

Projekttablauf / Methodik:

Setting

Einzelpsychotherapien und Gruppenangebote auf der Psychotherapiestation Schwartzlin und Psychotherapietagesklinik, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern.

Erhebungen:

Diagnostik

Mini International Neuropsychiatric Interview.

Prä-/ Post- & Katamnesemessung

Standardmessung:

- Berliner Lebensqualitätsprofil-Kurzform (BELP-KF, Kaiser et al., 1999)
- Sozialkontakt (SASKO-Subskalen 3-5, Kolbeck & Mass, 2009) (Skalen: Sprech- und Mittelpunktangst, Angst vor Ablehnung, Interaktionsdefizite, Informationsverarbeitungsdefizite, Einsamkeit)
- ICD-10-Symptom-Rating (ISR, Tritt, von Heymann, Zaudig, Söllner, Klapp, Loew 6 Bühner, 2010) (Skalen: Depressionsskala, Angstskala, Zwangsskala, Somatisierungsskala, Essstörungsskala, Zusatzskala)
- Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) (Veränderungsmotivation, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit, Selbstverbalisation, Hoffnung, Soziale Unterstützung, Gesamtressourcen (Zusammenfassung: Coping, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit, Selbstverbalisation, Hoffnung)
- Ehrenfelder Inventar zum Bewältigungsstil (EBS) (Aktives Problemlösen, Palliatives Verhalten, Passive Vermeidung, Soziale Unterstützungsversuche, Depressive Reaktionsmuster, Tröstende Gedanken)
- Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE, Behr, M. & Becker, M., 2004)

Störungsspezifische Fragebogen zu:

- Persönlichkeitsstörungen (Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV),
- Anpassungsstörung (Adjustment Disorder- New Model, ADN- Fragebogen, Maercker, Einsle & Köllner, 2007)

- PTSD (Postraumatische Stress Skala (PTSS-10), Maercker, 1999); Impact of Event Scale – revidierte Form (IES-R), Maercker & Schützwohl, 1998)
- Panik und Agoraphobie (Panik und Agoraphobie-Skala, Bandelow)
- sozialer Phobie (Soziale Interaktionsangst-Skala (SIAS), Stangier, Heidenreich, Berardi, Golbs, Hoyer, 1999; Soziale Phobie-Skala (SPS), Stangier, Heidenreich, Berardi, Golbs, Hoyer, 1999; SASKO-Subskalen 1-2, Kolbeck & Mass, 2009)
- Spezifische Phobie (Fear Survey Schedule (FSS-II), Geer, 1980)
- Zwangsstörung (Hamburger Zwangsinventar, Kurzform (HZI-K))
- Somatisierungsstörung (Screening für Somatoforme Störungen (SOMS 7-T))
- Essstörungen (Eating disorder Inventory 2 (EDI-2), Deutsch)
- Alkoholkonsum (Alcohol use disorders identification test, AUDIT, Barbor et al., 2001)
- Cannabiskonsum (Cannabis use disorder identification test, revised german version, CUDIT-R Annaheim et al., 2010)
- Substanzkonsum (Fragebogen zum Substanzkonsum, Skalen G2 & H1, Cohort Study on Substance Use Risk Factors (C-Surf))

Erhebung der individuellen Therapieziele

Goal Attainment Scaling (GAS), erhoben durch Einzeltherapeut.

Fortlaufende Messungen

Erfassung der spezifischen Therapietechniken:

Sitzungsbogen für Therapeuten (Therapietechnikbogen, TTB, 40 Items), wöchentlich

Erfassung von allgemeinen Wirkfaktoren:

Wochenerfahrungsbogen (WEB, 34 Items: Allgemein- (26) & Gruppenfaktoren (6), Qualitätssicherung (2)) für Patienten, welche am Therapieprogramm teilnehmen.

Ablauf:

Datenerhebung Patientenseite

Eintritt:

1. Kontakt = Einführungsgespräch Beziehungsaufbau, Verdachtsdiagnose, Anamnese, Informationen zur Studie / Einverständnis einholen und Abgabe der Fragebogen (Prämessung)

2. Kontakt: Interview MINI-SKID, dann anhand der Ergebnisse störungsspezifische Fragebogen auswählen und an Pat. abgeben.

Während des Aufenthalts:

Abgabe der Wochenerfahrungsbogen, 1 mal wöchentlich auf Ende der Woche

Austritt:

Abgabe der Fragebogen (Postmessung)

Katamnese:

Zustellung der Fragebogen 6 Monate nach Austritt

Datenerhebung Therapeutenseite

Ab der ersten Einzelsitzung mit Patient:

Erarbeiten eines gemeinsamen Erklärungsmodells, Ziele festlegen in GAS übertragen

Während der Therapie:

- Besprechen der Ergebnisse der Prämessung, Resultate der Sitzungsbogen falls Patientin/ Patient dies möchte
- Ausfüllen des Therapietechnikbogen, auf Wochenebene (1 mal wöchentlich)

Am Ende der Therapie:

- Postmessung, Besprechen der Resultate, falls Patientin/Patient dies möchte
- Evaluation der GAS

Involvierte Berufsgruppen:

- Einzeltherapeuten: Assistenzärzte und Psychologen
- Pflegende

Projektelevaluation/ Konsequenzen

Laufend, in Bearbeitung.

Weiterführende Unterlagen:

Tschacher, W. & Pfammatter, M. (2016). Klassen allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie und ihr Zusammenhang mit Therapietechniken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2016), 45 (1), 1–13 DOI: 10.1026/1616-3443/a000331

11.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

11.2.1 Ausschreibung ERP

Projektstart:

Mai 2015 – Dezember 2015.

Projektart:

Internes Projekt mit externer Unterstützung in allen internen Aktivitäten durch spezialisierte Unternehmensberater (Anforderungserhebung, Ausschreibung, Rechtsberatung).

Projektziel:

- Öffentliche Ausschreibung zur Evaluation einer geeigneten ERP-Lösung für die UPD.
- Evaluation einer ERP-Lösung, welche es den UPD ermöglicht, im nach der Herauslösung aus der kantonalen Verwaltung veränderten Umfeld, effizient zu arbeiten.

Projekttablauf / Methodik: Das Projekt wurde in zwei Phasen gegliedert. Phase 1:

- Erhebung Anforderungen, Kriterien & Business/IT Needs der Bereiche mittels Workshops.
- Validierung, Konkretisierung & Priorisierung der Anforderungen im Anforderungskatalog.

Phase 2:

- **Erstellung Ausschreibungsunterlagen.**
- Publikation der Ausschreibung.
- Bewertung der eingegangenen Angebote.
- Finale Evaluation und Zuschlag.
- Debriefings mit abgelehnten Anbietern.

Involvierte Berufsgruppen:

Administration, ICT

11.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

11.3.1 EFQM Auszeichnung

Projektart:

Internes Projekt.

Projektziel:

Die Qualitätsauszeichnung EFQM „Recognised for Excellence“ ist erlangt und eine systematische Massnahmenableitung und -umsetzung aus den Rückmeldungen des Assessmentberichts ist gestartet.

Involvierte Berufsgruppen:

Alle Berufsgruppe

Projektlauf Methodik:

Die systematische Qualitätssicherung und -entwicklung wird mit einem externen Assessment überprüft. Stärken und Verbesserungspotentiale werden anschliessend in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess mit den der Qualitätskommission oder der betroffenen Stelle analysiert und Ziele sowie Massnahmenvorschläge erarbeitet. Unter Berücksichtigung der knappen Ressourcen aufgrund der Arbeiten zur Verselbstständigung wählt anschliessend die Geschäftsleitung eine Set an Massnahmenvorschlägen aus, welche im 2016/2017 umgesetzt werden sollen.

Projektelevaluation:

Die Projektelevaluation erfolgt Anfang 2018 mit einem externe Assessment.

12 Schlusswort und Ausblick

Per 1. Januar 2017 werden die UPD verselbstständigt und in eine gemeinnützige Aktiengesellschaft überführt. Im Jahr 2015 wurden die Vorbereitungen dafür getroffen, das laufende Jahr 2016 ist geprägt von praktischen Arbeiten zu System- und Infrastrukturmstellungen. Dabei bleibt das fortwährende Streben nach Verbesserung in allen möglichen Formen der Qualität zugunsten Menschen mit einer psychischen Erkrankung und ihren Angehörigen, unserer Bevölkerung, unserer Mitarbeitenden und unserer Unternehmung die Leitschnur unseres Handelns.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot. Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzstörungen
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

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 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 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 **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



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