



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

30.05.2017
Stefan Aebi, Vorsitzender der Geschäftsleitung

Version 2



Universitäre Psychiatrische Dienste
Bern (UPD) AG

www.upd.ch



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 2016.

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

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

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

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 2016

Herr
Panagiotis Lazaridis
Leiter Qualitätsmanagement, eHealth und Medizincontrolling
031 930 99 86
panagiotis.lazaridis@upd.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 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

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 Methoden / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie 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 2016	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016	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 kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	18
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	19
QUALITÄTSMESSUNGEN	20
Befragungen	21
5 Patientenzufriedenheit	21
5.1 Eigene Befragung	21
5.1.1 Patientenzufriedenheit im stationären und teilstationären Bereich	21
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	23
7.1 Eigene Befragung	23
7.1.1 Mitarbeitendenumfrage	23
8 Zuweiserzufriedenheit	24
8.1 Eigene Befragung	24
8.1.1 Zuweiserbefragung	24
Behandlungsqualität	26
9 Wiedereintritte Keine systematische Messung vorgesehen	
10 Operationen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
11 Infektionen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
12 Stürze	26
12.1 Eigene Messung	26
12.1.1 Sturzprotokoll	26
13 Wundliegen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	28
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	28
15 Psychische Symptombelastung	29
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	29
15.2 Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	31
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	

Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.

17 Weitere Qualitätsmessungen
 Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.

18 Projekte im Detail 33

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 33

18.1.1 ACR Studie 33

18.1.2 Evidenzbasierte Pflege (EBN)..... 34

18.1.3 Einführung ERP 35

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 36

18.2.1 Neue UPD Website 36

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 37

18.3.1 REKOLE® Re-Zertifizierung 37

19 Schlusswort und Ausblick 38

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot..... 39

Psychiatrie 39

Anhang 2

Herausgeber 40

1 Einleitung

Die Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG ist das Kompetenzzentrum für Psychiatrie und Psychotherapie in der Hauptstadtregion und eines der renommiertesten Psychiatriespitäler in der Schweiz. Die UPD bietet die gesamte psychiatrische Versorgungskette von der Früherkennung über die ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung bis hin zur Rehabilitation und Reintegration von Menschen mit einer psychischen Erkrankung an. Mit ihren Angeboten an über 30 Standorten erfüllt die UPD den Leistungsauftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF).

Die UPD ist in drei Kliniken gegliedert:

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

Als Universitätsspital hat die UPD zudem einen erweiterten Auftrag in der spezialisierten Versorgung. Dazu gehören beispielsweise die Spezialsprechstunden, 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 bietet 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 der UPD ist Lehre und Forschung integraler Teil der täglichen Arbeit. Die wissenschaftliche Tätigkeit in den Forschungsabteilungen erlaubt es, in der UPD das ganze Spektrum der modernen Psychiatrie mit ihren biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten angemessen zu vertreten und zu lehren. Zudem leistet die UPD einen wesentlichen Beitrag zur Aus-, Weiter- und Fortbildung von qualifiziertem Fachpersonal.

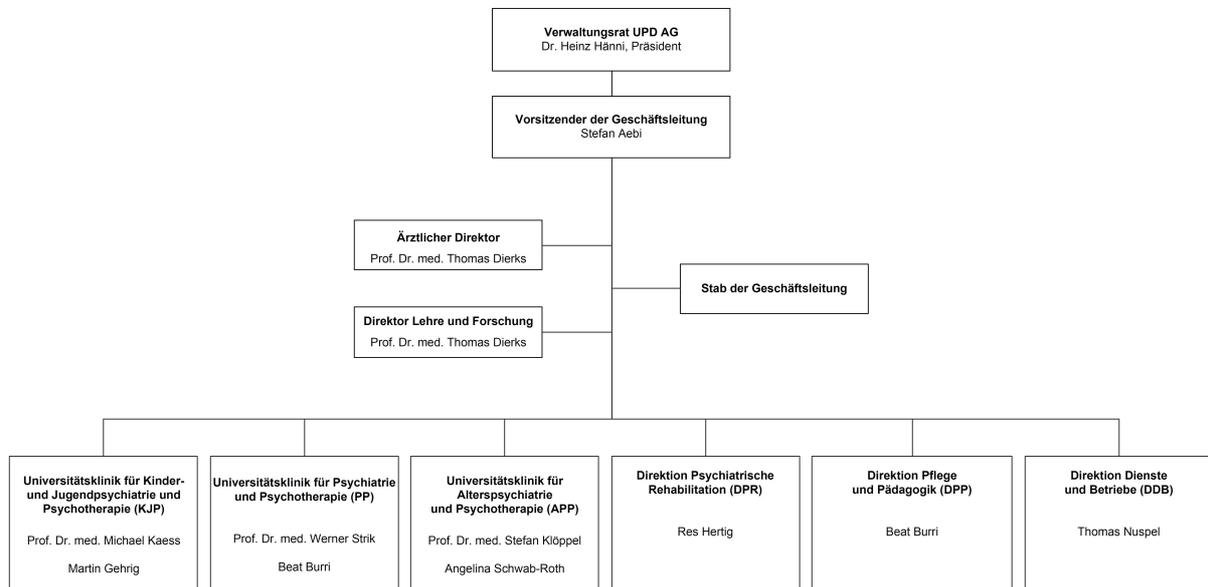
Per 1. Januar 2017 wurde die UPD verselbstständigt und in eine gemeinnützige Aktiengesellschaft überführt. Dieser Wandel ist mit vielen Veränderungen verbunden. Auch als selbständige AG ist für die UPD eine hohe Qualität ein wichtiges Thema, deshalb entschied die Geschäftsleitung im Jahr 2015, ein externes Assessment durchzuführen. Die UPD investiert 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

Organigramm UPD AG



Mitglieder der Geschäftsleitung: Stefan Aebi, Michael Kaess, Werner Strik, Stefan Klöppel, Res Hertig, Beat Burri, Thomas Nuspel
Mitglieder mit beratender Stimme: Thomas Dierks, Christine Jann Schneider (Leiterin HR), Hans-Uwe Simon (Dekan Medizinische Fakultät, Universität Bern)

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Stabfunktion direkt dem Vorsitzenden 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 (QeM)
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
(UPD) AG
031 930 99 86
panagiotis.lazaridis@upd.ch

Frau Rebekka Kohler
Wiss. MA QeM
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
(UPD) AG
031 932 89 02
rebekka.kohler@upd.ch

Herr Markus Iff
Wiss. MA QeM
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
(UPD) AG
031 932 87 01
markus.iff@upd.ch

3 Qualitätsstrategie

Die UPD wird in ihrem unternehmerischen Handeln von folgender **Vision** geleitet: Für Menschen mit einer psychischen Erkrankung bietet 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 ist als universitärer Gesundheitsversorger regional, kantonale 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** bietet die UPD den psychisch erkrankten Menschen ein umfassendes Angebot an aufsuchenden, ambulanten, tagesstationären und stationären Leistungen. Die UPD erfüllt 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 betreibt ein umfassendes Angebot für die Arbeits- und Wohnrehabilitation sowie Beschäftigung. Als Universitätsspital hat 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** befolgt 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 Qualitätsentwicklung in allen Bereichen der UPD.

Strategie Qualitätsmanagement UPD:

- Die Aktivitäten im Bereich Qualität richten sich nach der Gesamtstrategie der UPD.
- Qualitätsförderung ist eine 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 2016

- Vorbereitung und Durchführung einer Zuweiserzufriedenheitsbefragung
- Definition und Umsetzung von Massnahmen zur Verbesserung der stationären und teilstationären Patientenzufriedenheit
- Einführung eines neuen CIRS-Meldeportals
- Einführung eines neuen betriebliches Vorschlagswesens
- Monitoring der Austrittsberichte zur Steigerung der Zuweiserzufriedenheit und Verbesserung der Zusammenarbeit
- EFQM Assessmentbericht mit der Qualitätskommission analysiert und Verbesserungsvorschläge zuhanden der Geschäftsleitung erarbeitet
- Neue UPD Webseite

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

- Die Zufriedenheit unserer Zuweiser hat sich im Vergleich zur vorhergehenden Befragung fast überall und teils markant verbessert
- Die Datenqualität der ANQ Messungen hat sich verbessert
- Die Werte der Patientenzufriedenheit haben sich verbessert oder sind erhalten
- Management-, Kern- und Supportprozesse sind optimiert
- Strukturen, Prozesse und Ergebnisse des Critical Incident Reporting System (CIRS) und des betrieblichen Vorschlagswesens (Ideenmanagement) sind optimiert

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Massnahmenumsetzung aus den Stärken und Verbesserungspotentialen aus dem EFQM-Assessmentbericht
- Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Medizincontrolling
- Optimierung der medizinischen Dokumentation
- Einführung eines strategischen Zuweisermanagements

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenzufriedenheit im stationären und teilstationären Bereich
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeitendenumfrage
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserbefragung

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Sturzprotokoll

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

EFQM Excellence Modell

Ziel	Definition und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	UPD AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die Rückmeldungen des Assessmentsberichts systematisch analysieren und daraus Massnahmen ableiten, um dauerhaft herausragende Leistungen zu erzielen.
Methodik	Verbesserungspotentiale mit der Geschäftsleitung priorisiert. Anschliessend wurden diese mit der Qualitätskommission analysiert und Massnahmenvorschläge zuhanden der Geschäftsleitung erarbeitet.
Involvierte Berufsgruppen	Geschäftsleitung und Qualitätskommission
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Projektevaluation erfolgt 2018 mit einem externe Assessment.

Meldeportal CIRS und Vorschlagswesen

Ziel	Upgrade des Meldeportals und Optimierung der Prozesse
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	UPD AG
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Das CIRS und Vorschlagswesen Portal konnte die neuen technischen Anforderungen nicht mehr erfüllen.
Methodik	Anforderungserhebung und Prozessoptimierung mit der Qualitätskommission und weitere verantwortliche Personen.
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätskommission und verantwortliche Personen für das CIRS- und Vorschlagswesen-Portal.
Evaluation Aktivität / Projekt	Die neue Version und Funktionalitäten wurden Ende 2016 erfolgreich eingeführt.

Neue Website UPD

Ziel	Die UPD verfügt über eine moderne, einfache, attraktive und benutzerfreundliche Website
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Stab GL / Kommunikation und Information
Projekte: Laufzeit (von...bis)	01.04.2016 - 31.12.2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die nicht mehr den aktuellen Standards genügende Website der UPD sollte hinsichtlich der Verselbstständigung im Rahmen eines Relaunch zu einem Internet-Auftritt „State of the Art“ entwickelt und realisiert werden.
Methodik	Projekt mit externer Beratung
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende aller Kliniken und Direktionen
Evaluation Aktivität / Projekt	Neue Website ist aufgeschaltet.

BLS_AED Schulung

Ziel	Alle in der Behandlung und Betreuung arbeitenden Mitarbeitenden des tagesklinischen und stationären Bereiches verfügen über aktuelles Wissen im BasicLifeSupport/ Automatisierter Externer Defibrillator und können dieses anwenden.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Neu ist klinikintern eine Instruktor angestellt, zuvor wurde dieses Thema extern geschult.
Methodik	Schulungen mit praktischer Ausbildung
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeitenden die in der Behandlung und Betreuung tätig sind

Dokumentenmanagement

Ziel	Ziel des Projektes ist die Konzipierung und Umsetzung einer einheitlichen Dokumentenverwaltung in der KJP.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016-2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	In der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJP) werden täglich Dokumente erstellt, verteilt, abgelegt, geändert, bearbeitet, korrigiert, gesucht, gelöscht und Formulare ausgefüllt. Viele dieser Abläufe sollen mit dem Projekt standartisiert und optimiert werden.
Methodik	Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Alle

Skill- und Grade Mix

Ziel	Pflegeauftrag, -aufgaben, -tätigkeiten, -prozess und die wichtigsten Instrumente sind definiert und werden umgesetzt.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Sept. 2015 - Dez. 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Definition der Verantwortungs- und Aufgabenbereiche der unterschiedlichen Berufsqualifikationen
Methodik	Skill- Grade Mix Analyse mit dem Instrument der OdA Gesundheit
Involvierte Berufsgruppen	Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Pro Station soll mindestens eine Fachfrau Gesundheit beschäftigt sein
Weiterführende Unterlagen	Abschlusspräsentation; Aufgabenprofile Pflege und Fachfrauen Gesundheit; Katalog zu den Verantwortungsbereichen der Fachfrauen Gesundheit

Monitoring Pflegeprozess

Ziel	Regelmässiges überprüfen der formalen Kriterien des Pflegeprozesses
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	März 2016 - unbestimmt
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Qualität soll laufend weiterentwickelt werden
Methodik	Alle zwei Monate Querschnitterhebung durch die Fachverantwortlichen mit dem Qualitätsmessinstrument Pflegeprozess. Die Ergebnisse werden an die Bereichs- und Stationsleitungen rückgemeldet.
Involvierte Berufsgruppen	Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	alle zwei Monate
Weiterführende Unterlagen	Qualitätskriterien Pflegeprozess

Systematisierte Einschätzung der Suizidgefährdung

Ziel	Einheitliche Vorgehensweise bei der Einschätzung der Suizidgefährdung auf allen Stationen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Sept 2016 – Dez 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Patientensicherheit, Leitlinienorientierung, rechtliche Absicherung
Methodik	Implementierung durch Schulung der Instrumente und der vorgesehenen Abläufe
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen
Weiterführende Unterlagen	Konzept Suizidprävention

ACR Studie

Ziel	Reduktion von Agressionseignissen und Zwangsmassnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Stationär
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Dez. 2016-Dez. 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Ethische und rechtliche Forderung, Zwangsmassnahmen als Ultima Ratio einzusetzen
Methodik	Clusterrandomisierte, kontrollierte Evaluationsstudie
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Ärzte, Sozialarbeit, Therapeuten
Evaluation Aktivität / Projekt	qualitative und quantitativ
Weiterführende Unterlagen	Projektbeschreibung / -plan

Evidenzbasierte Pflege (EBN) in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ziel	Evidenzbasierte Pflege
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Universitätsklinik Psychiatrie und Psychotherapie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	April 2016 bis Dezember 2018
Begründung	Evidenzbasierung wird per Gesetz gefordert.
Methodik	Journalclubs, Fachweiterbildung, Beratung und Coaching
Involvierte Berufsgruppen	Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Begleitevaluation mittels Befragung
Weiterführende Unterlagen	Konzept

Einsatz von Peer-Mitarbeitenden auf den Einheiten der PP

Ziel	Klärung und Verbesserung der Etablierung der Peer-Arbeit innerhalb der UPD / PP
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, stationär, tagesstationär, ambulant
Projekte: Laufzeit (von...bis)	11.2015 bis offen
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Mehr Einbezug der persönlichen Sichtweise von Patientinnen und Patienten in der Behandlung und Umsetzung von Recovery-Interventionen wie Recovery-Gruppen oder Einzelberatung mit Recovery-Plan
Methodik	Übergeordnete Strategie und Auftrag, Einsatz von Peer-Mitarbeitenden auf den Einheiten der PP, Fachverantwortliche Person
Involvierte Berufsgruppen	Peer-Mitarbeitende, Pflege, Ärzte, Psychologie, Sozialarbeit, Therapeuten, Klinikleitung PP, F&C
Evaluation Aktivität / Projekt	Regelmässige Berichterstattung an Klinikleitung
Weiterführende Unterlagen	Konzept und Evaluationsbericht

Evaluation Tanzstation

Ziel	Aktivierung und Sturzprohylaxe
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Stationäre Alterspsychiatrie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016-2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Mangelnde Bewegung und Gangunsicherheit nehmen im Alter zu. Körperliche Aktivität verbessert auch im Alter das körperliche und geistige Wohlbefinden. Mittlerweile gibt es verschiedene kommerzielle Anbieter spielerischer Therapiegeräte.
Methodik	Evaluation von kommerziellen Produkten zur spielerischen Aktivierung übers Tanzen.
Involvierte Berufsgruppen	Aktivierungstherapie, Pflege, Medizin, Psychologie
Evaluation Aktivität / Projekt	Evaluation ist für 2017 geplant

Neue ERP-Lösung

Ziel	Einführung einer neuen ERP-Lösung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Administration
Projekte: Laufzeit (von...bis)	01.2016 - 06.2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
Begründung	Damit die UPD im durch die Herauslösung aus der kantonalen Verwaltung veränderten Umfeld effizient arbeiten können, musste die bestehende ERP-Lösung abgelöst werden, da diese die Bedürfnisse einer Universitätsklinik nicht ausreichend abdeckt.
Methodik	Das Projekt ist in 3 Phasen gegliedert.
Involvierte Berufsgruppen	Administration

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, 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.

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
EFQM	Ganzer Betrieb	2012 "Committed to Excellence"	2015 "Recognised for Excellence" 3 Star	2018 nächstes Assessment
REKOLE	Finanzen und Controlling	2012	2016	
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

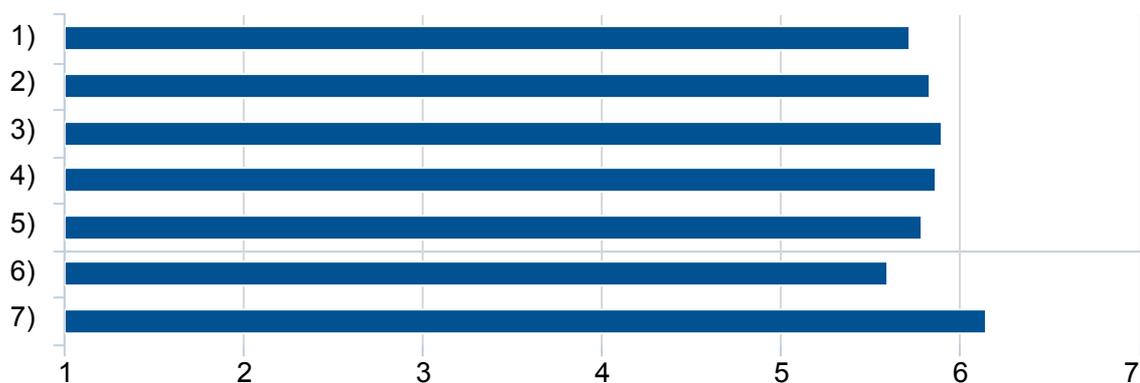
5.1.1 Patientenzufriedenheit im stationären und teilstationären Bereich

Die **Messung der Patientenzufriedenheit** in der UPD erfolgt im stationären Bereich wie auch in den Tageskliniken der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie. 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 von der Abteilung Qualitätsmanagement, eHealth und Medizincontrolling aufbereitet und den zuständigen Stellen vierteljährlich zur Verfügung gestellt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt. Stationärer Bereich und Tageskliniken der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie. 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
- 7) Ich fühlte mich vom Klinikpersonal respektvoll behandelt



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

■ Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG	5.72	5.83	5.90	5.87	5.79

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Fragen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG	5.60	6.15	990	64.00 %

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)

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeitendenumfrage

Mit der Befragung will 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" eine wichtige Rolle spielt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat Oktober durchgeführt.

UPD gesamt

Alle Mitarbeitenden der UPD hatten die Möglichkeit, sich an der Befragung zu beteiligen.

Ausgeschlossen waren nur jene Mitarbeitende, welche an der Erstellung des Fragebogens beteiligt waren.

Die Ergebnisse haben sich im Vergleich zu der Mitarbeitendenbefragung von 2014 nicht wesentlich verändert. In Bezug auf die Kommunikation sind die Ergebnisse zu der Direktion und der Geschäftsleitung etwas schlechter ausgefallen als zu den unmittelbaren Vorgesetzten. Wie auch bei der letzten Umfrage fühlen sich die Mitarbeitenden im Team und im nähere Arbeitsumfeld wohl. Der Kontakt zu den Themen, welche die gesamte Unternehmung betreffen, ist ihnen weniger wichtig.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse wurden in allen Kliniken und Direktionen diskutiert. Im Rahmen von Workshops und Sitzungen wurden in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden Verbesserungsmaßnahmen beschlossen. Der Verteilung von Informationen aus der Geschäftsleitung bis zu den Mitarbeitenden wurde dabei ein besonderes Gewicht beigemessen. In diesem Bereich sind auch konkrete Massnahmen geplant.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Empiricon
Methode / Instrument	Mitarbeitendenbefragung

8 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.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung

Die **Messung der Zuweiserzufriedenheit** in der UPD erfolgt in regelmässigen Abständen alle 2-3 Jahre. Die Durchführung erfolgt mittels schriftlichem und elektronischem 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 zur Verfügung gestellt.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom Oktober bis November durchgeführt.

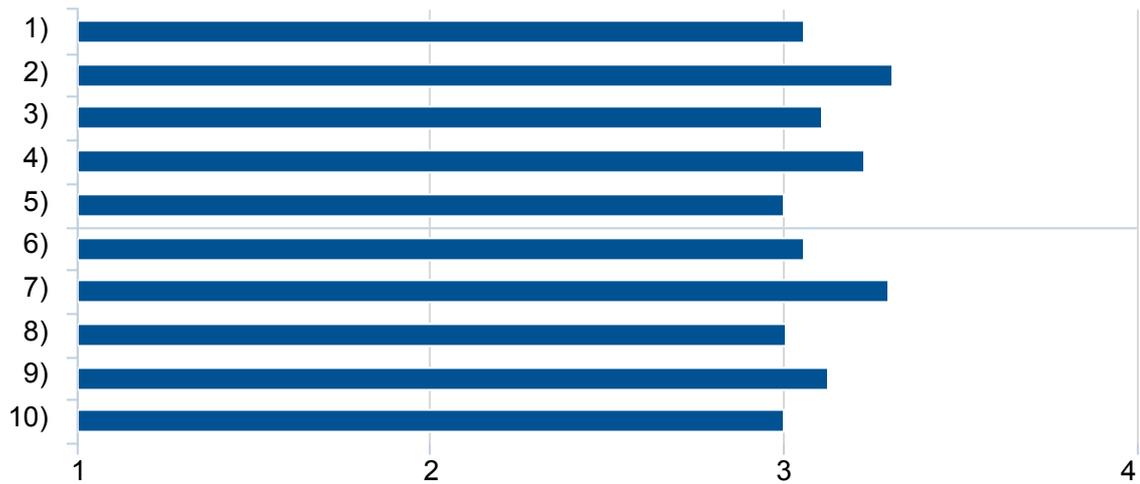
Befragt wurden alle Zuweiser, welche zwischen Juli 2015 und Juni 2016 mindestens einen Patient / eine Patientin stationär zugewiesen haben.

Als Einschlusskriterium gilt, dass Zuweiser/Zuweiserin mindestens 1 stationäre Zuweisung im Untersuchungszeitraum (Juli 2015 - Juni 2016) gemacht hat.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) In der Klinik ist immer eine verantwortliche Ärztin/ein verantwortlicher Arzt als Ansprechpartner erreichbar
- 2) Die Austrittsberichte sind fachlich kompetent
- 3) Die Ärztinnen/Ärzte geben plausible Empfehlungen für die weitere Behandlung
- 4) Die Zusammenarbeit mit dem Notfalldienst funktioniert reibungslos
- 5) Zuweisungsgründe: ...weil dort eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet ist
- 6) Zuweisungsgründe: ...weil ich dieser Einrichtung auf Grund guter Erfahrungen vertraue
- 7) Diese Klinik wendet medizinische "State of the Art" Behandlungsmethoden an
- 8) In dieser Klinik führen Behandlungen in der Regel zum gewünschten Ergebnis
- 9) In dieser Klinik ist Behandlungsqualität gut
- 10) In dieser Klinik ist man als Patientin/Patient gut aufgehoben



1 = stimme überhaupt nicht zu / 4 = stimme voll und ganz zu

■ Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG	3.06	3.31	3.11	3.23	3.00

Messergebnisse in Zahlen							
	Mittelwerte pro Fragen					Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)	8)	9)	10)		
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG	3.06	3.30	3.01	3.13	3.00	88	24.00 %

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

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Zuweiserfragebogen KEF_CH

Behandlungsqualität

12 Stürze

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Sturzprotokoll

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Im tagesstationären und stationären Bereich der Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie

Die Erfassungen erfolgen im tagesstationären und stationären Bereich und umfassen die Tagesklinik und die beiden Akutstationen der Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie.

Im vergangenen Jahr (2016) ist es insgesamt zu 58 Sturzereignissen gekommen. Im Vergleich zu 2015 haben die Sturzereignisse in der Alterspsychiatrie ca. 10% abgenommen.

In elf der Ereignisse kam es zu Mehrfachstürzen, was eine Zunahme von 3 Fällen für 2016 bedeutet. Auffallend zeigt sich bei den Mehrfachstürzen, dass vier von elf Stürzen im 2. Quartal und fünf im 4. Quartal zu verzeichnen sind. Bei den Betroffenen handelt es sich vorwiegend um Patientinnen und Patienten mit einer dementiellen Erkrankung, aggressivem Verhalten und Agitiertheit.

Auch in diesem Jahr ereignen sich die häufigsten Stürze im Patientenzimmer und liegen im Durchschnitt bei 55%. Augenfällig in der Auswertung vom 3. Quartal, sind die Stürze die sich ausserhalb der Station ereignen. Diese stellen im besagten Quartal, Platz zwei der Rangliste dar und stehen im Zusammenhang mit den Sturzfolgen einer Patientin/eines Patienten welche/welcher an Morbus Parkinson erkrankten ist.

Im 2016 ist die häufigste Sturzfolge „keine sichtbaren Verletzungen“ mit 52%. Die weitere Rangfolge ist beinahe identisch mit dem Jahr 2015. Auf Platz zwei folgen „Schmerzen“ mit 20%, auf Platz drei „andere Wundarten (häufig Schürfwunden)“ mit 16% gefolgt von „Prellungen/Hämatome“ auf Platz vier mit 13% und leider ist auf dem zweitletzten Platz auch eine Fraktur (Nasenbein) zu verzeichnen. Die Ursachen für die meisten Stürze im 2016 sind auffallend gleich zum Jahr 2015. Die Ursachen für die meisten Stürze liegen vorwiegend in der „Gangunsicherheit“ mit durchschnittlich 56%, gefolgt von „anamnestischen Stürzen“ mit 38%, „Unruhezustand/Verwirrtheit/Umherirren“ mit 33%, „eingeschränkter Beweglichkeit“ mit 27% und „Demenz“ mit 25%.

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 „Schwesternruf“ 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

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 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. 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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Der grundsätzlich geringe Anteil von freiheitsbeschränkenden Massnahmen allgemein und auch für die Fälle mit fürsorglicher Unterbringung entspricht unserem Konzept mit systematischen deeskalierenden Massnahmen sowie frühzeitigem Einbezug der Patientinnen und Patienten bei der Therapieplanung.

Unser Betrieb hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.

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

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

15 Psychische Symptombelastung

15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

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

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

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

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

HoNOS Adults	2012	2013	2014	2015
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	7.86	8.05	8.73
Standardabweichung (+/-)	-	9.87	6.78	6.19
Risikobereinigter Differenzwert*				0.16

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2012	2013	2014	2015
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	34.57	31.16	35.72
Standardabweichung (+/-)	-	35.84	33.92	34.82
Risikobereinigter Differenzwert*				-0.02

Wertung der Ergebnisse:

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

* Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse 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

Die UPD hat ein sehr gut ausgebautes ambulantes und teilstationäres Angebot für die Nachsorge nach einer stationären Behandlung. Die letzte Phase der Symptomreduktion und Stabilisierung kann, unterstützt vom eigenen sozialpsychiatrischen Versorgungsnetz, frühzeitig ambulant stattfinden. Da ANQ nur den stationären Bereich erfasst, kann die Symptombelastung dieser Pat. bei der Verlegung noch höher als beim effektiven Behandlungsabschluss sein. Dies ist gemäss dem Prinzip „ambulant vor stationär“ erwünscht, sofern kein „Drehtüreffekt“ auftritt.

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	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.

15.2 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 ambulanten Angebote.

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

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

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 Eigenschaft und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

Messergebnisse

HoNOSCA	2012	2013	2014	2015
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG				
HoNOSCA Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	-	-	4.73
Standardabweichung (+/-)	-	-	-	6.60
Risikobereinigter Differenzwert*				-0.51

Wertung der Ergebnisse:

- 52 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 52 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

HoNOSCA-SR	2012	2013	2014	2015
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG				
HoNOSCA-SR Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	-	-	6.80
Standardabweichung (+/-)	-	-	-	7.43
Risikobereinigter Differenzwert*				0.11

Wertung der Ergebnisse:

- 52 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 52 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

* Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse 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 Kontrollinstrumente in Klinikinformationssystem
- Monatliches Reporting
- Schulung der Mitarbeitenden
- Anpassung der Erhebungsprozesse

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.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 ACR Studie

ACR Studie zum Thema Umgang und Reduktion von Agressionseignissen und Zwangsmassnahmen (Agression, Coercion Reduction Study)

Projektstart:

Dezember 2016

Projektart:

Internes Projekt der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Stationär

Projektziel: Reduktion von Agressionseignissen und Zwangsmassnahmen

Projektbegründung/Methodik:

Agressionseignisse und Zwangsmassnahmen kommen immer noch häufig vor
Ethische und rechtliche Forderung Zwangsmassnahmen als Ultima Ratio einzusetzen

Clusterrandomisierte, kontrollierte Evaluationsstudie

Involvierte Berufsgruppen:

Pflege, Ärzte, Sozialarbeit, Therapeuten

Evaluation:

Quantitative Evaluation (Messung der Veränderung der Ereignisse und der Stationsatmosphäre),
Qualitative Evaluation (Interviews mit Fachpersonen und Patientinnen und Patienten; eigenes Projekt, noch nicht bewilligt)

18.1.2 Evidenzbasierte Pflege (EBN)

Evidenzbasierte Pflege (EBN) in der Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Projektart:

April 2016

Projektziel:

Die Fachverantwortlichen und Stations- und Bereichsleitungen können Probleme und Entwicklungspotential auf den Einheiten und in den Bereichen erkennen und diese auf Grund der aktuellen Literatur überprüfen und ggf. Massnahmen zur Behebung oder Veränderung einleiten und unterstützen.

Bereich

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, stationär, tagesstationär, ambulant

Begründung:

Evidenzbasierung wird per Gesetz gefordert. Zusammenarbeit zwischen den Leitungen (Systemführung) und den Fachverantwortlichen (Fachführung) ist bezüglich Zuständigkeiten in den beiden Bereichen noch nicht geklärt

Projekttablauf:

Es werden drei Massnahmen umgesetzt:

1. Regelmässige, obligatorische Journalclubs für alle in der Leitung und die Fachverantwortlichen. In denen werden von den Teilnehmenden Fachliteratur zu einer spezifischen Fragestellung vorgestellt und Ideen gesammelt, wie dies umgesetzt werden könnte. Im Idealfall werden dann Problemlösungs- oder Entwicklungsprojekte initiiert.
2. Regelmässige Fachweiterbildungen für die Fachverantwortlichen v.a. zu methodischem Vorgehen im Sinne von EBN.
3. Beratungs- und Coachingangebot im Rahmen von Problemlösungs- oder Entwicklungsprojekten in allen Phasen des Prozesses durch die Pflegeexperten

Projektelevaluation

Es wird eine Begleitevaluation mittels einer Befragung der Leitungen und Fachverantwortlichen durchgeführt. In dieser werden einerseits die Ziele des Projektes überprüft, aber auch die Einstellung der Pflegenden zu relevanten Konzepten von EBN.

18.1.3 Einführung ERP

Projektstart:

01.01.2016 - 21.06.2017

Projektziel:

- Einführung einer neuen ERP-Lösung in dem Umfang, den die UPD für die Aufrechterhaltung und Entwicklung des Betriebs ab 01.01.2017 benötigen
- Durchgängigkeit der Daten und Konsistenz des Datenfluss sichergestellt; keine Redundanzen
- Endanwender sind geschult
- Betriebsorganisation erstellt

Projektablauf:

Damit die UPD im durch die Herauslösung aus der kantonalen Verwaltung veränderten Umfeld effizient arbeiten können, musste die bestehende ERP-Lösung abgelöst werden, da diese die Bedürfnisse einer Universitätsklinik nicht ausreichend abdeckt. In einer öffentlichen Ausschreibung konnte eine den Bedürfnissen entsprechende Lösung evaluiert werden. Diese muss im Verlauf des Jahres 2016 implementiert werden, damit die administrativen Prozesse ab 01.01.2017 reibungslos wahrgenommen werden können.

Das Projekt ist in 3 Phasen gegliedert. In Phase 1 wird die Konzeption der einzelnen Module in den Teilprojekten vorgenommen. Phase 2 umfasst die Umsetzung der Konzepte in der ERP-Lösung und die Modul- und Integrationstests. In Phase 3 wird die Altdatenmigration und der Cutover vorgenommen.

Involvierte Berufsgruppen:

Geschäftsleitung, Stab GL, Administration, Technik, Betriebswirtschaft

Projektelevaluation:

Die neue ERP-Lösung wurde am 01.01.2017 erfolgreich eingeführt. Bis Ende Juni werden weitere Optimierungen vorgenommen.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Neue UPD Website

Projektart

Internes Projekt mit externer Beratung.

Projektziel

Die UPD verfügt über eine moderne, einfache, attraktive und benutzerfreundliche Website:

- «State of the art»
- Hohe Benutzerfreundlichkeit
- Kurze, klare und einheitliche Darstellung der Angebote der drei Kliniken und der Direktion Psychiatrische Rehabilitation
- Reichweite und Nutzen durch zielgruppenspezifische Bereiche sowie evtl. Einsatz von Social Media erhöhen

Projekttablauf

1. Bildung einer Arbeitsgruppe mit Mitarbeitenden aus allen Kliniken/Direktionen der UPD
2. Analyse der bestehende Website
3. Erarbeitung eines Agenturbriefings
4. Einladung von drei Agenturen aus der Region zum Agenturpitch
5. Auswahl der Agentur
6. Workshop der Arbeitsgruppe mit der Agentur zur Festlegung der Struktur, Inhalte usw.
7. Gestalterische und technische Umsetzung durch die Agentur
8. Einfüllen der Inhalte und Bilder durch den Bereich Kommunikation & Information der UPD
9. Go Live per 01.01.2017

Involvierte Berufsgruppen

Die Arbeitsgruppe bestand aus Mitgliedern der Stäbe aller Kliniken und Direktionen der UPD:

- Stab Geschäftsleitung
- Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Universitätsklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Universitätsklinik für Alterssychiatrie und Psychotherapie
- Direktion Psychiatrische Rehabilitation
- Direktion Dienste und Betriebe
- Direktion Pflege und Pädagogik

Projektelevaluation / Konsequenzen

Erkenntnisse und abgeleitete Massnahmen

Die Website der UPD www.gef.be.ch/upd (Stand 2016) entsprach nicht mehr dem aktuellen Standard und sollte mit der Verselbstständigung per 1.1.2017 von Grund auf neu aufgebaut werden (Relaunch). Orientierung an neuen technologisch-organisatorischen Aspekten, Überarbeitung und Neukonzeption der Struktur, sowie die grundlegende Überarbeitung des visuellen Auftritts und aller Contents der Website.

Bisher war die UPD verpflichtet, das Grundlayout mit klar definierten und standardisierten Navigations- und Inhaltselementen nach den Vorgaben des Kantonalen Amtes für Informatik und Organisation KAIO zu gestalten. Auch das CMS war vorgegeben. Die starre, aber komplexe Struktur der Website war geeignet für Ämter wie die Erziehungsdirektion oder die Volkswirtschaftsdirektion, aber nicht für eine Organisation wie die UPD.

Stand der Umsetzung von Massnahmen

Die neue Website www.upd.ch wurde termingerecht per 1.1.2017 live geschaltet.

Patientinnen und Patienten, betreute Personen und Angehörige, aber auch Zuweisende, Forschende und andere Fachpersonen finden hier umfassende Informationen zur UPD und ihren Angeboten. Auch das Stellenportal wurde den aktuellen Standards angepasst. Selbstverständlich wurde die Website im Responsive Design gestaltet. Das bedeutet, die Navigation und die Inhalte werden auch auf mobilen Geräten wie Smartphones oder Tablets optimal dargestellt.

Wir haben bereits sehr viele positive Feedbacks zu unserem neuen Internet-Auftritt erhalten. Ende Mai 2017 findet ein zweiter Workshop der Arbeitsgruppe zusammen mit der Web-Agentur statt mit dem Ziel, die Website weiter zu optimieren.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 REKOLE® Re-Zertifizierung

Projektart:

Internes Projekt.

Projektziel:

Ziel des Projekts war die Bestätigung der hohen Zuverlässigkeit der Kostendaten.

Involvierte Berufsgruppen:

Alle Berufsgruppen

Projektlauf Methodik:

Der nationale Verband der Spitäler und Kliniken H+ hat ein einheitliches System von Normen für das betriebliche Rechnungswesen in Spitälern geschaffen, das die gesetzlichen Vorgaben gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) erfüllt.

Mit den darauf basierenden Zertifizierungsrichtlinien wurde ein Zertifizierungssystem für die Kosten- und Leistungsrechnung der Spitäler entwickelt, welches die Übereinstimmung des betrieblichen Rechnungswesens mit den Vorgaben von REKOLE® (= Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung) feststellt und als Gütesiegel für die korrekte Umsetzung von REKOLE® dient. Im Rahmen des Zertifizierungsaudits wurde die Umsetzung und korrekte Anwendung der Zertifizierungsrichtlinien und REKOLE® anhand von Interviews und Stichproben überprüft. Als Grundlage für die Kontrolle und den Antrag zur Vergabe der Zertifizierung dienten die von H+ erstellten Zertifizierungsrichtlinien und der Auditbericht der PwC Bern, eine von H+ zugelassene Prüfstelle.

Projektelevaluation:

Bei der Zertifizierung wurden die im Auditbericht festgehaltenen Ergebnisse (IST-Situation) mit den Vorgaben (SOLL-Situation) der Zertifizierungs- sowie REKOLE®-Richtlinien auf der so genannten Harmonisierungsebene (MUSS-Ebene) verglichen. Vom 25. bis 29. Februar 2016 fand in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD) das Re-Zertifizierungs - Audit statt. Durchgeführt wurde dieses durch PwC Bern. Die UPD haben die Re-Zertifizierung erfolgreich bestanden.

19 Schlusswort und Ausblick

Seit 1. Januar 2017 ist die UPD eine gemeinnützige Aktiengesellschaft. Das Jahr 2016 war geprägt durch die technischen und organisatorischen Prozesse zur System- und Infrastrukturmstellungen sowie durch die Massnahmen für einen wirtschaftlich nachhaltigen Betrieb im Rahmen des Projektes zur Ergebnisverbesserung. Die Anstrengungen haben sich gelohnt: Die UPD ist als selbstständige gemeinnützige Aktiengesellschaft fit für die Zukunft. 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.

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](#)

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

Bemerkungen

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.

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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