

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

30.05.2017
Rolf Ineichen, CEO

Version 1

**PZM Psychiatriezentrum Münsingen
AG**

www.be.ch/pzm



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

Frau
Joëlle Pougner
Leiterin Stabstelle Strategie, Qualität und Entwicklung
031 720 86 03
joelle.pougner@pzmag.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	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016	8
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	13
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	14
QUALITÄTSMESSUNGEN	15
Befragungen	16
5 Patientenzufriedenheit	16
5.1 Eigene Befragung	16
5.1.1 Patientenzufriedenheit Müpf27	16
5.2 Beschwerdemanagement	17
6 Angehörigenzufriedenheit	18
6.1 Eigene Befragung	18
6.1.1 Angehörigenbefragung	18
7 Mitarbeiterzufriedenheit	19
7.1 Eigene Befragung	19
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit	19
8 Zuweiserzufriedenheit	20
8.1 Eigene Befragung	20
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit	20
Behandlungsqualität	21
9 Wiedereintritte	21
9.1 Eigene Messung	21
9.1.1 Wiedereintritte innerhalb von 30 Tagen	21
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	22
12.1 Eigene Messung	22
12.1.1 Erfassung der Stürze im PZM	22
13 Wundliegen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	23
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	23
15 Psychische Symptombelastung	24

15.1	Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	24
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
17	Weitere Qualitätsmessung	26
17.1	Weitere eigene Messung	26
17.1.1	Diverse Prozessmessungen	26
18	Projekte im Detail	27
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	27
18.1.1	Vorbereitung des neuen Finanzierungsmodells TarPsy	27
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	28
18.2.1	Verselbstständigung des PZM	28
18.2.2	Neuer Gesamtauftritt PZM	29
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	30
18.3.1	Aufbau des Qualitätsmanagements nach dem EFQM-Modell	30
19	Schlusswort und Ausblick	31
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		32
Psychiatrie		32
Anhang 2		
Herausgeber		33

1 Einleitung

Das PZM ist eine öffentlich-rechtliche Institution des Kantons Bern mit einem umfassenden Behandlungsangebot der stationären, teilstationären und ambulanten Psychiatrie für Erwachsene. Der Leistungsumfang wird jährlich durch eine Leistungsvereinbarung mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) festgelegt. Das PZM hat kein eigenes Versorgungsgebiet, sondern ist aufnahmepflichtig für alle zugewiesenen Patienten.

Das PZM stellt die psychiatrische Versorgung von Erwachsenen sicher, betreibt zwei Wohnheime und verschiedene Werkstätten.

Zu den wichtigsten Anspruchsgruppen gehören Patienten, Bewohner, Angehörige, Zuweiser, die Gesundheits- und Fürsorgedirektion sowie Krankenversicherungen und weitere finanzierende Institutionen.

Das PZM dient der Abklärung, Behandlung und Heilung von seelischen Leiden. Es bietet folgende Dienstleistungen an:

▪ **Klinik für Depression & Angst (KDA)**

Die Klinik für Depression & Angst ermöglicht eine angepasste Hilfe im geeigneten Rahmen für Menschen in emotionalen

Ausnahmesituationen. Möglich sind Kurzhospitalisationen auf der Kriseninterventionsstation, Akutaufenthalte oder intensivere Therapien auf der Psychotherapiestation.

▪ **Klinik für Psychose & Abhängigkeit (KPA)**

Die Klinik für Psychose & Abhängigkeit garantiert ein umfassendes Behandlungsangebot der stationären Psychiatrie in den

Spezialgebieten Psychose und Sucht.

▪ **Klinik für Alters- & Neuropsychiatrie (KAN)**

Die Klinik für Alters- & Neuropsychiatrie behandelt über 65-jährige Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Das Kompetenzzentrum für Menschen mit geistiger Behinderung (KogB) bietet professionelle Krisenintervention und Behandlung von geistig behinderten Menschen mit psychischer Erkrankung und/oder schweren Verhaltensstörungen.

▪ **Angebot Wohnen & Arbeiten (AWA)**

Das PZM führt zwei Wohnheime: Das Wohnheim "Im Park" für Menschen mit einer geistigen Behinderung und das Wohnheim "Lättacker" für Menschen mit einer psychischen Behinderung. In geschützten Werkstätten werden Arbeitsplätze für psychisch beeinträchtigte Erwachsene aus dem Wohnheim Lättacker sowie für weitere Interessierte aus dem Aaretal angeboten.

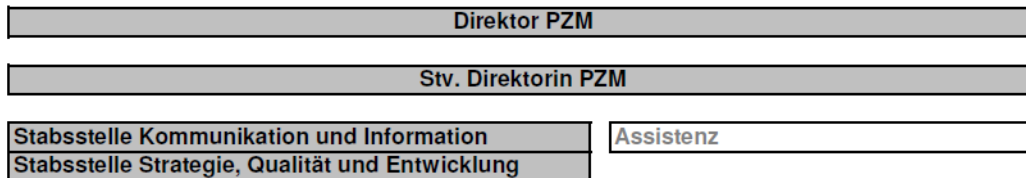
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm PZM

01.01.2016



Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt des Direktors PZM unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **90%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Joëlle Pougner
Leiterin Stabsstelle Strategie, Qualität und
Entwicklung
PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG
0317208603
joelle.pougner@pzmag.ch

3 Qualitätsstrategie

Vision

Ich wähle das PZM! Das PZM bietet Verständnis, Professionalität und ein wertschätzendes Umfeld zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit.

Mission

Die Mission des PZM ist es, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Psychiatrieversorgung im Kanton Bern sicherzustellen.

Qualitätsziele

Das PZM will

- die Bedürfnisse der internen und externen Kunden optimal zufriedenstellen,
- eine Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit sowie der Lebensqualität der Patienten anstreben,
- die Patienten, Angehörigen, Zuweisenden und nachbehandelnden Personen rechtzeitig und - innerhalb der gesetzlichen Möglichkeiten - vollständig informieren,
- eine gute Erreichbarkeit des behandelnden Personals garantieren,
- die zur Verfügung stehenden Ressourcen bedarfsorientiert, zweckmässig und nach ökonomischen Kriterien einsetzen,
- qualifiziertes Personal zur Verfügung stellen,
- eine hohe Zufriedenheit der Mitarbeitenden erreichen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

- Verselbstständigung des PZM
- Neuer Auftritt des PZM

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

- Umsetzung der Verselbstständigung PZM AG
- Verabschiedung der Strategie 2017-2020 inkl. Umsetzungsplanung
- Verabschiedung der Teilstrategie IT 2017-2020 inkl. der Umsetzungsplanung
- Verabschiedung der Teilstrategie Personal 2017-2020 inkl. der Umsetzungsplanung
- Aufbau des strategischen Controllings
- Vollständige Umsetzung neues Therapiekonzept im Rahmen des Projektes "Weiterentwicklung der Klinik für Psychose und Abhängigkeit"
- Erarbeitung Marketingstrategie
- Erarbeitung Konzept Medienarbeit
- Einführung Management Information System (MIS)

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Vorbereitung neues Finanzierungsmodell TarPsy
- Überarbeitung und Umsetzung IKS-Konzept
- Strategische Ausrichtung Angebot Wohnen
- Fachentwicklung Ambulatorium für Abhängigkeiten
- Aufbau Medizinisches Controlling
- Fachentwicklung der Klinik für Depression und Angst mit Prüfung der Kapazitätserweiterung
- Fachentwicklung der Klinik für Alters- und Neuropsychiatrie mit der Erstellung eines Konzeptes für Abhängigkeit bei Alter >65
- Überprüfung und Anpassung Austrittsmanagement
- Umsetzung Konzept Konsiliar- und Liaisondienst

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>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwachsenenpsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> – 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>
<ul style="list-style-type: none">▪ Patientenzufriedenheit Müpf27

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Wiedereintritte innerhalb von 30 Tagen
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Erfassung der Stürze im PZM
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Diverse Prozessmessungen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

NepThun

Ziel	Menschen mit anhaltenden psychischen Erkrankungen und psychisch langezeiterkrankten Menschen durch ein umfassendes ambulantes Angebot ein Leben ausserhalb der Klinik ermöglichen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizinische Direktion PZM, Psychiatrische Dienste Thun und Spitex Thun
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

Aktualisierung der PZM-Prozesse

Ziel	Alle Prozesse werden aufgrund der neuen Organisation und der bevorstehenden Verselbstständigung aktualisiert.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Erhebung der Kundenzufriedenheit

Ziel	Die Zufriedenheit sämtlicher Kunden (Patienten, Mitarbeiter, Zuweiser, usw.) werden regelmässig erhoben. Ergebnisse werden analysiert und Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert. Entsprechende Massnahmen werden umgesetzt.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Einführung Führungs- und Planungsinstrument

Ziel	Planung des Finanz- und Personalbedarfs in Anlehnung an die strategischen und operativen Ziele.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Projektmanagement

Ziel	Überwachung der Durchführung und Umsetzung aller strategischen Projekte durch ein standardisiertes Projektcontrolling inkl. Projektabschluss
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Basic life Support + AED

Ziel	Sicherstellung der Kompetenz und Sicherheit in lebenserhaltenden Massnahmen für alle Mitarbeitenden der medizinischen Bereiche.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizinische Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Zusammenarbeit mit der Stiftung Berner Gesundheit (BeGes)

Ziel	Optimale Unterstützung und Behandlung von Patienten mit Suchtproblematik
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	BeGes und Klinik für Psychose und Abhängigkeit (KPA)
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend

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 2007 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	Angewendet im gesamten Betrieb	2011, Anerkennung zur Excellence, 3 Star	2016	Anerkennung zur Excellence, 4 Sterne
Rekole	Angewendet im gesamten Betrieb	2011	2016	
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	Angewendet im gesamten Betrieb	2009	2013	
BSV-IV	Wohnheime und geschützte Werkstatt	2007	2015	

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 Müpf27

Die Erhebung der Patientenzufriedenheit ermöglicht Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren und entsprechende Massnahmen umzusetzen.

Diese Patientenbefragung haben wir vom April 2016 bis Dezember 2016 durchgeführt.

Flächendeckend in allen Kliniken

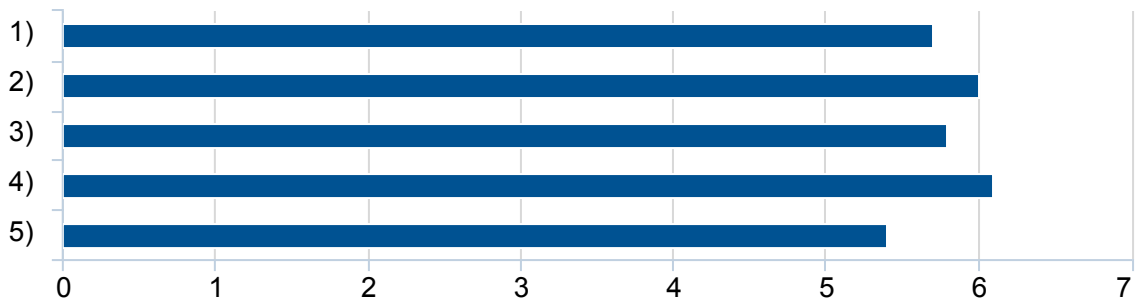
Einschlusskriterien: Alle Patienten, die länger als 48h im PZM hospitalisiert sind.

Ausschlusskriterien: Alle Patienten, die kürzer als 48h im PZM hospitalisiert sind.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

- 1) Zusammenarbeit mit Ärztinnen / Ärzte
- 2) Zusammenarbeit mit Pflegende
- 3) Zusammenarbeit mit Psychologinnen / Psychologen
- 4) Zusammenarbeit mit Sozialmitarbeiterinnen / Sozialmitarbeiter
- 5) Gesamt Zufriedenheit



0 = sehr schlecht / 7 = sehr gut

■ PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG

Messergebnisse in Zahlen							
	Mittelwerte pro Messthemen					Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)	4)	5)		
PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG	5.70	6.00	5.80	6.10	5.40	309	31.00 %

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

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

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG

Feedbackmanagement

Joëlle Pognier

Leiterin Stabsstelle Strategie, Qualität und

Entwicklung

031 720 86 03

joelle.pognier@pzmag.ch

Mo-Fr 8.30-12.00 13.00 - 16.00

6 Angehörigenzufriedenheit

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

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Angehörigenbefragung

Die Erhebung der Angehörigenzufriedenheit ermöglicht Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren und entsprechende Massnahmen umzusetzen.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2015 durchgeführt.
Die nächste Angehörigenbefragung erfolgt im Jahr 2018.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Angehörigenbefragung Psychiatrie (Pilot)

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 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit ermöglicht Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren und entsprechende Massnahmen umzusetzen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2015 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2017.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mecon-Standardfragebogen

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 Zuweiserzufriedenheit

Die Erhebung der Zuweiserzufriedenheit ermöglicht Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren und entsprechende Massnahmen umzusetzen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2015 durchgeführt.

Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2018.

Alle Kliniken des PZM.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Zuweiserbefragung Psychiatrie

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Eigene Messung

9.1.1 Wiedereintritte innerhalb von 30 Tagen

Die Wiedereintritte innerhalb von 30 Tagen werden standardmässig erhoben. Diese Messung gibt wichtige Hinweise zur Behandlungsqualität.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Flächendeckend

Sämtliche Wiedereintritte, die innerhalb der 30 Tage nach Austritt stattfinden, werden erhoben.

Die Ergebnisse der Wiedereintritte innerhalb von 30 Tagen liegt im **2016** bei **12,8%**.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

12 Stürze

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Erfassung der Stürze im PZM

Sicherheitsprobleme identifizieren und Massnahmen einleiten.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Diese Erfassung unterstützt Sicherheitsmassnahmen im Betrieb festzulegen. Es gibt in der Psychiatrie keine Benchmarksdaten, die gegenübergestellt werden können.

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

Das PZM-Messergebnis ist besser als der Mittelwert. Das Ergebnis 2015 ist vergleichbar mit demjenigen von 2014.

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
PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	-	8.95	7.62
Standardabweichung (+/-)	-	-	7.13	6.77

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2012	2013	2014	2015
PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	-	37.60	34.90
Standardabweichung (+/-)	-	-	37.89	33.20

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.

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.

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Diverse Prozessmessungen

Es werden jährlich diverse Prozessmessungen sowie interne Audits durchgeführt. Diese Messungen ermöglichen Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren und entsprechende Massnahmen umzusetzen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Alle Kliniken und Direktionen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Diese Messungen sind nur für betriebsinterne Zwecke relevant.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Vorbereitung des neuen Finanzierungsmodells TarPsy

Dieses Projekt dient der Vorbereitung für das neue Finanzierungssystem ab 01.01.2018 und wird mit verschiedenen Teilprojekten realisiert.

Hauptziele

1. Optimierung der stationären Erträge
2. Sicherstellung der lückenlosen Fakturierung ab 1.1.2018
3. Hohe Daten- und Ergebnisqualität der Qualitätsmessung als Grundlage der Fakturierung und Benchmark-Vergleiche ist sichergestellt.

Vorgehen:

Teilprojekt Codierung

1. Haupt- und Nebendiagnosen werden zum medizinisch frühestmöglichen Zeitpunkt nach Eintritt gestellt und erfasst.
2. Die relevanten HoNOS-Merkmale werden zum medizinisch frühestmöglichen Zeitpunkt erfasst.
3. Die Codierung weist eine sehr hohe Qualität aus.
4. Die korrekte und inhaltlich konsistente Codierung bildet den im Vergleich zu Stützpunkten relativ hohen Schweregrad der Fälle ab.

Teilprojekt Fakturierungslogik

Per 1.1.2018 verfügen die Administrativsysteme und das Klinikinformationssystem über:

1. die für die Fakturierung erforderlichen Stamm- und Bewegungsdaten,
2. die Funktionalität zur Gruppierung der Fälle,
3. die Funktionalität zur Berechnung und Verrechnung der Forderungen gegenüber den Kostenträgern.

Teilprojekt Planung und Reporting

1. Leistungen und Erträge werden mittels relevanten Steuerungsparametern im Management Informationssystem (MIS) geplant.
2. Das Reporting richtet sich nach den relevanten Steuerungsparametern.

Involvierte Berufsgruppen

- Ärztliche Direktion
- Direktion Pflege und Bildung
- Direktion Finanzen

Projektelevaluation

Das Projekt läuft nach Plan. Die grösste Schwierigkeit ist technisch bedingt. Die Diskussion mit Lieferanten sind am laufen.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Verselbstständigung des PZM

Ausgangslage:

Mit der Verabschiedung des Spitalversorgungsgesetzes vom 13. Juni 2013 (SpVG) hat der Kanton Bern entschieden, die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD), das Psychiatriezentrum Münsingen (PZM) und die Psychiatrischen Dienste Biel-Seeland (PDBBJ) rechtlich und organisatorisch aus der kantonalen Verwaltung auszugliedern und per 1. Januar 2017 in Aktiengesellschaften des öffentlichen Rechts zu überführen.

Ziele:

Der Kanton verfolgt mit der Verselbstständigung der drei psychiatrischen Betriebe eine Regionalisierung der Grundversorgung, eine höhere Vernetzung mit der Somatik, grössere Wohnortnähe für Patienten und Angehörige sowie kürzere Spitalaufenthalte. Das Leistungsangebot im Kanton Bern soll dabei bedarfsgerecht und nach den Vorgaben der Versorgungsplanung bereinigt und neu strukturiert werden.

Vorgehen:

- Erarbeitung von strategischen und finanziellen Zielsetzungen
- Evaluation und Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit anderen Spitälern
- Weiterentwicklung der Unternehmensstrategie und Businessplänen
- Ermittlung der notwendigen Kapitalausstattung
- Erarbeitung von sämtlichen Grundlagen, Instrumenten, Reglementen, Tools, Infrastruktur, Verträgen usw.
- Aufbau der notwendigen Fähigkeiten und des Wissens

Das Projekt wurde in 6 Teilprojekte und 2 Phasen gegliedert.

- In Phase A wurden die Unternehmenstrategie, die finanziellen Zielsetzungen sowie die Ermittlung der Kapitalaustattung realisiert.
- In Phase B wurden alle Grundlagen erarbeitet und der Verwaltungsrat durch den Regierungsrat gewählt.

Ergebnisse:

Die Verselbstständigung wurde am 1. Januar 2017, wie geplant, realisiert.

18.2.2 Neuer Gesamtauftritt PZM

Ausgangslage:

Mit der Verselbstständigung des PZM per 1.1.2017 wurde auch der bisherige Gesamtauftritt abgelöst. Dies einerseits aus praktischen Gründen (Ablösung IT-Struktur inkl. Internet/Intranet, Wegfall der Gestaltungsvorgaben des Kantons Bern) und andererseits um die PZM AG bekannt zu machen und zu positionieren.

Ziele:

Der neue Gesamtauftritt sollte zeigen, dass das PZM auch nach der Ausgliederung aus dem Kanton Bern kein anonymer Grosskonzern, sondern eine Psychiatrie von und für Menschen sein wird. Als Referenz an die Menschen im Zentrum entstand anstelle eines Logos ein Monogramm. Das Monogramm spielt mit dem in der Psychiatrie wichtigen Begriff der Spiegelung. So wird aus dem "pzm" gespiegelt ein "bzw" (beziehungsweise). Die Abkürzung "bzw" soll Differenzierung in den eher nüchtern anmutenden Begriff Psychiatriezentrum bringen. Der Wortstamm "Beziehung" daran erinnern, dass wir in Beziehung zu Menschen stehen. Beides soll dem unpersönlichen Namen menschliche Wärme verleihen. Die Kombination der beiden Elemente schafft eine grafische Verbindung zwischen Tradition und Moderne. Mit dem Claim "bzw. gemeinsam Lösungen finden" soll die psychotherapeutische Ausrichtung ins Zentrum gesetzt werden.

Vorgehen:

- Agenturpräsentationen / Wahl einer Kommunikationsagentur
- Durchführung Workshops mit der Geschäftsleitung zu Positionierung, Marke und Auftritt
- Erarbeitung Gestaltungskonzept
- Umsetzung neuer Gesamtauftritt (Printbereich mit Broschüren und Infomaterial; Briefschaften mit Word-vorlagen und Anpassungen sämtlicher Formulare, Visitenkarten; Internet und Intranet; Social Media; Beschriftungen und Material für Kongresse und Veranstaltungen; Streuartikel und Geschenke; Büro- und Verpackungsmaterial)

Ergebnisse:

Der neue Gesamtauftritt wurde wie vorgesehen per 1.1.2017 realisiert

Projektelevaluation:

Auswertung Internet/Intranet (Google Analytics)
Kundenfeedback (intern/extern)

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Aufbau des Qualitätsmanagements nach dem EFQM-Modell

Seit 2007 wird das QM-System im PZM nach dem EFQM-Modell systematisch aufgebaut. Im November 2013 wurden im Rahmen eines Fremddassessments, durch eine unabhängige externe Prüfstelle, die Stärken des PZM bestätigt und weitere Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert. Nach diesem Fremddassessments wurde dem PZM die Anerkennung zur Excellence mit 4 Sternen erteilt. Diese Anerkennung widerspiegelt insbesondere die enormen Anstrengungen der Mitarbeitenden des PZM in der Qualitätsentwicklung. Herauszuheben sind folgende Aktivitäten, die zur Qualitätsverbesserungen durchgeführt worden sind:

A. Führung

- Ein Führungskonzept sowie ein Funktionendiagramm sind erstellt und bilden die Grundlage für die Weiterentwicklung der Kadermitarbeitenden.
- Ein Führungsentwicklungskonzept ist erstellt. Diverse Führungsentwicklungskurse werden auf allen Kaderstufen angeboten.
- Strategische Ziele und abgeleitete operative Ziele werden jährlich festgelegt. Der Stand der Zielerreichung wird quartalsweise überprüft.
- Ein Cockpit mit den wichtigsten Kennzahlen wurde realisiert und steht seit Mitte 2013 allen Kadermitgliedern zur Verfügung.

B. Strategie

- Die Strategie 2017-2020 ist im 2017 verabschiedet worden und wird ab 2017 umgesetzt.
- Eine Balanced Scorecard (BSC) wurde auf Strategieebene eingeführt.
- Ein flächendeckendes Kommunikationskonzept ist erarbeitet und umgesetzt worden.
- Ein Marketingkonzept wurde verabschiedet und teilweise umgesetzt.

C. Mitarbeitende

- Verschiedene Teilprojekte wie z.B. Personalprozesse, Vorschlagswesen, Ethische Fallberatung und Gesundheitsmanagement sind sukzessive implementiert worden.

D. Partnerschaft und Ressourcen

- Eine Finanzplanung wird jährlich, abgeleitet von den Jahrsziele, erarbeitet.
- Mit der Einführung der Leistungserfassung (tacs) wurden alle Vorgaben für eine Betriebsbuchhaltung nach „REKOLE“ erfüllt und das PZM erhält die „REKOLE“-Zertifizierung im Dezember 2011.
- Die Kooperation mit Partnern wurde in den letzten Jahren intensiviert. Eine Behandlungskontinuität bei Übertritten zwischen ambulanten und stationären Angeboten wird angestrebt.

E. Prozesse

- Um die Strategie durch die Prozesse optimal zu unterstützen und die Dienstleistungen verbessern zu können, sind alle Prozesse systematisch analysiert und wo nötig neu definiert und umgesetzt worden.
- Ab 2013 werden Prozessindikatoren gemessen und bei Bedarf Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.
- Seit 2009 finden jährlich interne Audits statt.

F. Kundenbezogene Ergebnisse

- Seit ca. zehn Jahren wird die Patientenzufriedenheit mit einem externen Fragebogen gemessen. Seit 2006 werden diese Werte via Benchmarking verglichen. Einige Hinweise aus den Ergebnissen fließen direkt in die Prozessoptimierung.
- Im 2013 ist der Fragebogen auf die Bedürfnisse des PZM geprüft worden. Als Folge davon ist ein neuer Fragebogen ausgewählt worden.
- Im März 2015 wurde erneut die Zuweiserzufriedenheit gemessen und die Ergebnisse mit verschiedenen Kliniken verglichen.
- Eine Zufriedenheitserhebung bei Angehörigen der Patienten hat im 2015 zum ersten Mal stattgefunden.

G. Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

- Die Mitarbeiterzufriedenheit wurde im Januar 2015 erneut mit dem Fragebogen der Firma Mecon durchgeführt, was einen Benchmark mit anderen psychiatrischen Institutionen zulässt.
- Verschiedene Personalindikatoren werden 2 x pro Jahr analysiert und bei Bedarf werden Verbesserungsmaßnahmen initiiert.
- Seit 2008 wird eine Erhebung bei austretenden Mitarbeitenden durchgeführt.

19 Schlusswort und Ausblick

Rück- und Ausblick:

Seit dem 1. Januar 2017 ist das PZM selbstständig. Wir und die Berner Regierung sind überzeugt, dass damit die Basis für eine gute und effiziente Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung sichergestellt ist. Bereits im Vorfeld der Verselbstständigung haben wir all unsere angebote geprüft und wo nötig weiterentwickelt. Wir haben unsere Organisationsstruktur per 1.1.2016 umgestellt mit dem Ziel, Verantwortung und Kompetenzen am selben Ort anzusiedeln. Wir haben mit unseren engen Partnern darüber diskutiert, wie sich die Lücken in der Versorgungskette schliessen lassen und wie wir unsere Zusammenarbeit noch weiter ausbauen können. An diesen Gesprächen und an der steigenden Nachfrage haben wir unser Portfolio ausgerichtet.

Seit 122 Jahren sind wir unseren Kunden verpflichtet. Darin begründen wir unsere psychotherapeutische und patientenzentrierte Behandlung. Sie wird auch in Zukunft Richtschnur für alle Veränderungen sein. Damit werden wir sicherstellen, dass sämtliche Aktivitäten und Prozesse nach den Kundenbedürfnissen und dem Bedarf des Marktes ausgerichtet sind.

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**).