

Qualitätsbericht 2014

nach der Vorlage von H+



Psychiatrie

Psychiatriezentrums Münsingen PZM
Hunzigenallee 1
Postfach
3110 Münsingen
<http://www.pzm.gef.be.ch/>

Freigabe am: 29.05.2015
durch: Rolf Ineichen, Klinikdirektor

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2014.

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2014

Frau
Joëlle Pognier
Leiterin Stabstelle Strategie, Qualität und Entwicklung
031 720 86 03
joelle.pognier@gef.be.ch

Vorwort von H+ die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und gewissen kantonalen Messungen teil.

Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) werden Qualitätsmessungen in den stationären Abteilungen der Fachbereiche Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz lancierte 2014 das zweite nationale Pilot-programm „progress! Sichere Medikation an Schnittstellen“. Ziel ist es die Patientensicherheit bei der medikamentösen Therapie an Behandlungsschnittstellen zu verbessern. 2013 startete die Stiftung bereits ein Programm, das auf die Sicherheit in der Chirurgie fokussiert ist. Die beiden Programme sind Bestandteile der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

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 diesem Bericht publizierten Resultate der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messresultate zwischen den Betrieben sind gewisse Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum einen sollte das Leistungsangebot (vgl. C2) ähnlich sein. Ein Regionalspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messresultate unterschiedlich zu werten sind. Zum anderen die Spitäler und Kliniken verschiedene Messinstrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebungsmethodik und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	5
B	Qualitätsstrategie	6
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	6
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014	6
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014	6
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	7
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	8
C1	Kennzahlen 2014	8
C2	Angebotsübersicht	8
C3	Leistungsangebot in der Psychiatrie	9
D	Zufriedenheitsmessungen	10
D1	Patientenzufriedenheit	10
D2	Angehörigenzufriedenheit	12
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	12
D4	Zuweiserzufriedenheit	14
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	16
E2	Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie	16
E2-1	Erwachsenenpsychiatrie.....	17
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014	19
G	Registerübersicht	19
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	19
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	19
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	20
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	21
I	Schlusswort und Ausblick	23
J	Anhänge	24

A

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 revidierte KVG sieht die freie Spitalwahl für alle Patientinnen vor. Das PZM hat nun 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.

Für diese Anspruchsgruppen werden die folgenden Dienstleistungen sichergestellt:

- Fachklinik für Psychiatrie (FaP)
- Fachklinik Alterspsychiatrie Münsingen (FAM)
- Fachbereich Wohnen und Arbeiten

Dieses Angebot beinhaltet die Aufnahme, Abklärung, Diagnostik und umfassende Behandlung für psychisch kranke Erwachsene. Unser therapeutisches Handeln beinhaltet als Schwerpunkte die Psychotherapie, die Soziotherapie und die Pharmakotherapie. Diese werden ergänzt durch ein breites Spektrum von Spezialtherapien wie Beschäftigungstherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie oder Physiotherapie.

Die Fachklinik für Psychiatrie gliedert sich in vier diagnosespezifische Bereiche:

- Aufnahme, Therapie und Rehabilitation für Menschen mit Persönlichkeits-, affektiven und neurotischen Störungen (PAN)
- Aufnahme, Entzug und Therapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige (A-Linie)
- Aufnahme, Therapie und Rehabilitation von psychotisch Erkrankten (TREpE)
- Kompetenzzentrum für Menschen mit einer geistigen Behinderung (KogB)

Die Fachklinik für Alterspsychiatrie behandelt ältere Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und somatischen Begleiterscheinungen:

- Aufnahme, Abklärung und Triage
- Krisenintervention
- Psychotherapie

Im Januar 2014 erhält das PZM als erste Psychiatrische Klinik im Kanton Bern die «4 Sterne Anerkennung für Excellence» nach dem EFQM-Modell

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Das PZM will

- die Bedürfnisse der internen und externen Kunden optimal befriedigen.
- 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 Behandlungsteams garantieren.
- die zur Verfügung stehenden Ressourcen bedarfsorientiert, zweckmässig und nach ökonomischen Kriterien einsetzen.
- qualifiziertes Personal zur Verfügung stellen.
- eine hohe Zufriedenheit der Mitarbeitenden erreichen.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2014

- Eröffnung eine Krisenintervention Münsingen (KIM)
- Einführung eine Laborinformatik System (LIS)

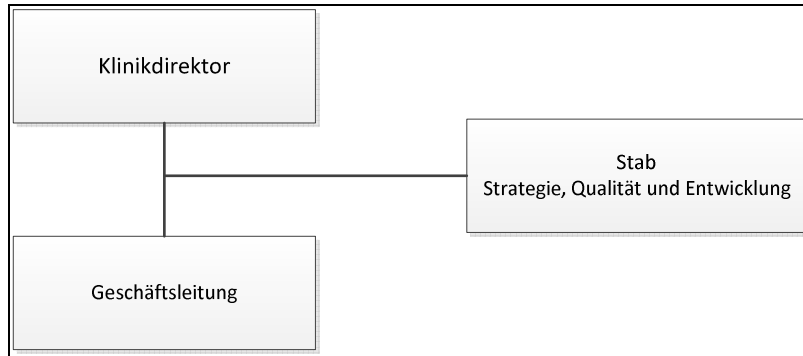
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2014

- Öffnung von zwei bisher geschlossene Stationen
- Realisierung der Diagnostentrennung in der Alterspsychiatrie
- Einführung der Behandlung von Chronische Patienten mit den CBASP-Methode in der Alterspsychiatrie
- Eröffnung eine Krisenintervention im Zusammenhang der Entwicklung des Bereiches „Affektive Störung“
- Einführung einen standardisierten Projektmanagement

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Vorbereitung auf die geplante Verselbständigung im 2017
- Erarbeitung der Strategie 2017-2020
- Entwicklung und Festlegung einer neuen Organisationsstruktur
- Entwicklung des Bereiches „PAN“
- Optimierung des Angebots im Bereich der „A-Linie“
- Öffnung zusätzliche geschlossene Stationen
- Aufbau einen Konsiliar- und Liaisonsdienst (K&L)
- Optimierung der Beschäftigung-/ Werk- und Arbeitstherapie
- Einführung einen Management Informatik System (MIS)

B5 Organisation des Qualitätsmanagements



<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
X	Andere Organisationsform: Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt dem Klinikdirektor unterstellt
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	100 % Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Joëlle Pougner	031 720 86 03	joelle.pougner@gef.be.ch	Stabstelle Strategie, Qualität und Entwicklung

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht:

http://www.pzm.gef.be.ch/pzm_gef/de/index.assetref/dam/documents/GEF/PZM/de/Dokumente/Aktuelles/2015/Publikationen/PZM_JB2014_Web.pdf

C1 Kennzahlen 2014

Die Kennzahlen 2014 finden Sie unter diesem Link:

http://www.pzm.gef.be.ch/pzm_gef/de/index/ueber_das_pzm/ueber_das_pzm/das_pzm_in_zahlen.html

C2 Angebotsübersicht

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

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

Angeborene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Ergotherapie	PZM	--
Ernährungsberatung	PZM	--
Kunsttherapie	PZM	--
Neuropsychologie	PZM	--
Physiotherapie	PZM	--
Psychologie	PZM	--
Psychotherapie	PZM	--

Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf www.spitalinformation.ch, in der Rubrik „Angebot“.

C3 Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD -Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose	An den Standorten (ambulant / stationär)	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	PZM	--
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	PZM	--
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	PZM	--
F3	Affektive Störungen	PZM	--
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung	PZM	--
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	PZM	--
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	PZM	--
F7	Intelligenzminderung	PZM	--
F8	Entwicklungsstörungen	PZM	--
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	PZM	--



Weitere Informationen zu unserem Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Profil unseres Betriebs auf www.spitalinformation.ch, in der Rubrik „Angebot“.

D

Zufriedenheitsmessungen

D1 Patientenzufriedenheit

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

Für den nationalen Vergleich hat der Nationale Verein für Qualitätsentwicklungen in den Spitälern und Kliniken (ANQ) ein Kurzfragebogen konzipiert, der in der Akutsomatik und Rehabilitation eingesetzt wird. Die Messergebnisse und/oder Verbesserungsaktivitäten sind im Modul E dokumentiert.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
X	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.	
X	Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2013	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
X	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse	
	Gesamter Betrieb	5.43 / 7.0	
	Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse
	Zusammenarbeit mit Arztdienst	5.79 / 7.0	Mittelwert 5.75
	Zusammenarbeit mit Psychologen	5.95 / 7.0	Mittelwert 5.96
	Zusammenarbeit mit Pflegebezugsperson	5.77 / 7.0	Mittelwert 6.00
	Zusammenarbeit mit Sozialmitarbeitenden	5.56 / 7.0	Mittelwert 5.60
X	Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert:	2013	
	<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
	<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung	--	
X	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Verschiedenen Verbesserungspotentiale wurden identifiziert. Z.B. die Informationen an Patienten bezüglich Therapieziele und Pharmakotherapie sowie die Organisation der Nachbetreuung. Die Umsetzung der Massnahmen ist im Gang.			

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Es werden alle Patientinnen und Patienten, welche nicht unter die Ausschlusskriterien fallen, befragt.	
	Ausschlusskriterien	Patientinnen / Patienten: <ul style="list-style-type: none"> • mit Demenz • mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als 2 Nächten • wenn der Wiedereintritt innerhalb von weniger als 3 Monaten erfolgt ist und beim letzten Eintritt bereits ein Fragebogen zugestellt wurde. 	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		104	
Rücklauf in Prozent		34.6	Erinnerungsschreiben? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
X	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.
	Bezeichnung der Stelle
	Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern
	Name der Ansprechperson
	Herr Roman Manser
	Funktion
	Leiter der Ombudsstelle, Notar und Fürsprecher
	Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)
	Tel: 032.331.24.24, Mo-Fr 8.00-12.00 und 14.00 -17.00, E-Mail: info@ombudsstelle-spitalwesen.ch
	Bemerkungen
	Es wird geprüft, ob ein internes Beschwerdemanagement aufgebaut werden soll.

D2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
X Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .	
Begründung	Das PZM bietet eine Beratungs- und Informationsstelle für Angehörige an. In Einzelgesprächen können Fragen zur Erkrankung, zum Umgang mit schwierigen Situationen und zu möglichen Hilfsangeboten geklärt werden. Ebenfalls werden diagnosespezifische Gruppenangebote durchgeführt. Eine Erhebung der Angehörigenzufriedenheit bezüglich der Gruppenangebote findet regelmässig statt. 2015 wird eine Umfrage in Zusammenarbeit mit der Firma hcri als Pilot stattfinden.

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .			
Begründung			
X Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.			
X Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2015

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
X Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
X In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung (2015)		
	Zufriedenheits-Werte (%)	Wertung der Ergebnisse
Gesamter Betrieb	87.5	Benchmark (BM) ähnliche Spitäler 82.6
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse
Ärzte	78.5	Dieser Wert beinhaltet jene MA mit einer Beurteilung zwischen mittelmässig (7.1%), eher zufrieden (35.7%) und sehr zufrieden (35.7%). Dieses Ergebnis ist schlechter als der BM (84.9).
Pflegepersonal	86.5	Dieser Wert beinhaltet jene MA mit einer Beurteilung zwischen mittelmässig (25.6%), eher zufrieden (45.1%) und sehr zufrieden (15.8%). Dieses Ergebnis ist besser als der BM (77.4).
Med. therap. Personal	81.8	Dieser Wert beinhaltet jene MA mit einer Beurteilung

		zwischen mittelmässig (30.3%), eher zufrieden (27.3%) und sehr zufrieden (24.2). Dieses Ergebnis ist schlechter als der BM (84.3)
Hauswirtschaftspersonal	90.7	Dieser Wert beinhaltet jene MA mit einer Beurteilung zwischen mittelmässig (20.0%), eher zufrieden (41.5%) und sehr zufrieden (29.2%). Dieses Ergebnis ist besser als der BM (87.3)
Verwaltung und Dienste	93.4	Dieser Wert beinhaltet jene MA mit einer Beurteilung zwischen mittelmässig (26.1%), eher zufrieden (54.3%) und sehr zufrieden (13.0%). Dieses Ergebnis ist besser als der BM (90.1)
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits im folgendem Qualitätsbericht publiziert: --	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
	Begründung	
X	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Die Mitarbeiterzufriedenheit im PZM hat sich im Vergleich zu 2012 verbessert. Die Ergebnisse 2015 werden in den nächsten Wochen analysiert und entsprechende Massnahmen für die Jahre 2015 – 2017 definiert und dann umgesetzt.

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instruments	Mitarbeiterzufriedenheit	Name des Messinstituts	Mecon
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument			
	Beschreibung des Instruments	Fragebogen		

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden MA	Einschlusskriterien	Anstellungsdauer MA > 1 Monat im PZM		
	Ausschlusskriterien	Anstellungsdauer MA < 1 Monat im PZM PraktikantInnen < 6 Monate im PZM		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		319		
Rücklauf in Prozent		50.5	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein X Ja

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
X	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2014 wurde eine Messung durchgeführt.		
	X Im Berichtsjahr 2014 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
X	In allen Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse der letzten Befragung			
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse	
Gesamter Betrieb	80%		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse	
X	Die Ergebnisse wurden bereits im folgenden Qualitätsbericht publiziert.		2012
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
X	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Verschiedene Verbesserungspotentiale wurden identifiziert, wie z.B. die Austrittsmodalitäten und die Aufnahmefähigkeit des PZM. Eine erneute Messung wird im 2015 durchgeführt, um die Wirkung der umgesetzten Massnahmen zu überprüfen.			

Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/> Externes Messinstrument				
Name des Instruments		Zuweiserbefragung Psychiatrie	Name des Messinstituts	hcri
<input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments		Fragebogen		
Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien		Alle Zuweiser, die mindestens 2 Patienten pro Jahr zuweisen	
	Ausschlusskriterien		Interne Zuweisungen, zum Beispiel über Ambulatorium	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			77	
Rücklauf in Prozent			32.5	Erinnerungsschreiben? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

E

Nationale Qualitätsmessungen ANQ

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.

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

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

E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messbeteiligung			
Der Messplan 2014 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Erwachsenenpsychiatrie			
Symptombelastung (Fremdbewertung)	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung (Selbstbewertung)	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychiatrie			
Symptombelastung (Fremdbewertung)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung (Selbstbewertung)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen			
PZM hat keine Leistungsauftrag für Kinder- und Jugendpsychiatrie			

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

E2-1 Erwachsenenpsychiatrie

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

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

Symptombelastung (Fremdbewertung)

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

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹	Maximal mögliche Verbesserung
		- 48 Punkte	+ 48 Punkte
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Den ANQ-Bericht wird im September 2015 veröffentlicht		

Kommentar zur Messung, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Diverse Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität sind umgesetzt worden und die Datenqualität hat sich im PZM deutlich verbessert. Ob als Folge der ANQ-Messungen Verbesserungsaktivitäten in Zukunft möglich werden, ist fraglich.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen 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)

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

Symptombelastung (Selbstbewertung)

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.

Klinikindividuelle Ergebnisse			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ²	Maximal mögliche Verbesserung
		- 212 Punkte	+ 212 Punkte
<input type="checkbox"/> Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung		Den ANQ-Bericht wird im September 2015 veröffentlicht	

Kommentar zur Messung, Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

Diverse Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität sind umgesetzt worden und die Datenqualität hat sich im PZM deutlich verbessert. Ob als Folge der ANQ-Messungen Verbesserungsaktivitäten in Zukunft möglich werden, ist fraglich.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinik-spezifischen 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	BSCL (Brief Symptom Checklist)

Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse
National vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: www.anq.ch/psychiatrie
Deskriptive Angaben zur Erhebung finden sich im Kapitel F4.

Bemerkungen
Den ANQ-Bericht wird im September 2015 veröffentlicht

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

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

F

Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2014

Weitere Qualitätsmessungen

Es werden regelmässig diverse Qualitätsmessungen wie Erfolgsergebnisse, Leitungsergebnisse und Prozesskennzahlen erhoben und intern besprochen.

G

Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?

Nein, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil.

Begründung | Psychiatrie

Ja, unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

H

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
EFQM-Modell	Ganze Klinik	2011	2013	Anerkennung zur Excellence, 4 Sterne
Rekole	Ganze Klinik	2011	2011 (nächste Erhebung 2016)	Internes Audit hat im 2013 stattgefunden.

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Überarbeitung des QM – Handbuches in den Ateliers und geschützten Werkstätten sowie Umsetzung der neu festgelegten Prozesse	Die QM Kernprozesse sind überarbeitet und umgesetzt.	Ateliers und geschützte Werkstätten	2013 - 2015
Benchmark Zwangsmassnahmen	Gezielter Einsatz und Optimierung der Abläufe bei der Handhabung von Zwangsmassnahmen	Medizinische Direktion	laufend
Basic life Support + AED	Sicherstellung der Kompetenz und Sicherheit in lebenserhaltenden Massnahmen für alle Mitarbeitende der med. Dir.	Medizinische Direktion	laufend
PZM-Prozesse	Alle PZM-Prozesse werden laufend überprüft und wo nötig angepasst.	Gesamtklinik	laufend
Erhebung der Kundenzufriedenheit	Die Zufriedenheit sämtliche Kunden (Patienten, Mitarbeiter, Zuweiser, usw.) werden regelmässig erhoben. Ergebnisse werden analysiert, und Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert. Entsprechende Massnahmen werden umgesetzt.	Gesamtklinik	laufend
Einführung eines Führungs- und Planungsinstruments	Planung des Finanz- und Personalbedarfs im Anlehnung an den strategischen und operativen Ziele	Gesamtklinik	laufend
Leistungserfassung	Die Leistungserfassung mit der Methode tacs (Tätigkeitanalyse Controllingssystem) ermöglicht sämtliche Leistungen direkt den Patienten / zuständigen Bereichen zuzuordnen.	Gesamtklinik	laufend
Projektmanagement	Überwachung der Durchführung und Umsetzung alle strategischen Projekte durch einen standardisierte Projektcontrolling inkl. Projektabschluss	Gesamtklinik	laufend

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?

Nein, unser Betrieb hat kein CIRS?

Begründung

Ja, unser Betrieb hat 2007 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Bemerkungen

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Krisenintervention Münsingen KIM	
Projektart	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Die Krisenintervention Münsingen KIM soll Menschen in aussergewöhnlichen Lebenssituationen Raum und Zeit für eine Neuorientierung geben.	
Beschreibung	<p>KIM ist in einer freistehenden Villa am Rande der Klinik im Landschaftspark des PZM untergebracht und verfügt über einen eigenen Strassenzugang. Es bietet für knapp 20 Patient/-innen Schutz, Geborgenheit und eine familiäre Atmosphäre.</p> <p>Gemeinsam mit dem Patienten, der Patientin wird im multidisziplinären Team eine individuelle, auf die Krise abgestimmte Behandlung geplant.</p> <p>Diese basiert auf regelmässig stattfindenden Gesprächen mit den Therapeuten und Therapeutinnen, beinhaltet aber auch verschiedene gruppenorientierte Angebote, die alle die Zielsetzung der Krisenbewältigung unterstützen (psychologisch geführte Gesprächsgruppen sowie Bewegungs-, Kunst- und Musiktherapie).</p> <p>Der Zusammenarbeit mit dem Umfeld kommt grosse Bedeutung zu. Die Krisenintervention Münsingen KIM wird konsequent offen geführt.</p> <p>Die Aufenthaltsdauer wird an die jeweilige Situation angepasst. Das Programm ist auf maximal drei Wochen ausgelegt, eine überbrückende ambulante Nachbehandlung ist möglich.</p>	
Projekttablauf / Methodik	<p>In einer Arbeitsgruppe bestehend aus Vertreter Pflege, Oberarzt, Chefarzt und beratender Mitarbeiter des Psychiatrischen Diensts Thuns wurde die Skizze einer KIM entworfen. Es wurde mehrere Variante mit Risiko und Nutzen der Eröffnung einer KIM erarbeitet. Nach Entscheidung der Geschäftsleitung zum Aufbau des neuen Angebotes wurde eine Umsetzungsplanung verabschiedet und einen Detailkonzept erarbeitet. Am 1.12.2014 konnte das KIM eröffnet werden.</p>	
Einsatzgebiet	Bereich Affektive Störung (PAN)	
Involvierte Berufsgruppen	Medizinische Direktion, Controlling	
Projektevaluation / Konsequenzen	<p>Nach 3 Monaten wurde eine erste Evaluation durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Patienten 75 • Bettenbelegung 99.5 % • Aufenthaltsdauer 23.4 Tagen <p>Die Aufenthaltsdauer muss noch reduziert werden (Zielwert 21 Tage). Sonst sind die Resultate sehr erfreulich und entsprechen unseren Erwartungen.</p> <p>Die Behandlung in der KIM zeichnet sich durch eine partnerschaftliche, professionelle Haltung in einem völlig offenen Rahmen aus. Dies und das Wegfallen von psychiatrischen Notfallsituationen, macht die Arbeit auf der KIM trotz hoher Intensität ruhig, konstruktiv und befriedigend.</p> <p>Eine ausführliche Evaluation, inklusive einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, wird im Rahmen des Projektabschlusses Ende Juni 2015 durchgeführt</p>	
Weiterführende Unterlagen	--	

Projekttitel	Laborinformationssystem PZM (LIS)	
Projektart	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Sicherheit in der Nutzung des internen Labors • Reduktion des Arbeitsaufwandes (Stellenreduktion Laborpersonal) und der Zeit bis zum Erhalt der Laborresultate. 	
Beschreibung	<p>Die Laboranforderungen wurden seit der Einführung des Klinikinformationssystems (KIS) im März 2012 in ORBIS gemacht. Die Laborresultate wurden ohne Bezug zur ORBIS-Laboranforderung von den Laborantinnen manuell von den Automaten in ORBIS übertragen. Dies war aufwändig und fehleranfällig. Basierend auf der Entscheidung, in den kommenden Jahren den Laborbetrieb weiterhin klinikintern zu führen, wurde beschlossen, ein Laborinformationssystem (LIS) als Schaltstelle zwischen ORBIS und den Laborautomaten anzuschaffen</p>	
Projekttablauf / Methodik	<p>Gesondert vom Projekt wurde als Vorleistung mit dem Laborteam der Sollprozess Laboranforderung, Analyse, Befundrückmeldung erarbeitet und festgehalten. Dieser Prozess, zusammen mit einer vom Laborteam und dem Internisten zusammengestellten Liste weiterer Anforderungen, diente als Grundlage zur Erstellung des Anforderungskataloges.</p> <p>Unser KIS-Anbieter ist eine Kooperation mit einem LIS-Anbieter eingegangen. Davon haben wir uns eine bessere und einfachere Anbindung und Zusammenarbeit der beiden Systeme versprochen und haben deshalb unseren KIS-Anbieter entsprechend offerieren lassen. Da er insbesondere IT-technische Zulassungsbedingungen nicht erfüllen konnte, mussten wir umdisponieren und eine Ausschreibung im Einladungsverfahren machen. Zwei Anbieter haben offeriert. Nach Evaluation und Zuschlagerteilung wurde wegen Sparauflagen von Seiten des Kantons die Finanzierung und damit die Weiterführung des Projektes infrage gestellt und konnte erst nach über einem halben Jahr wieder aufgenommen werden. Nach Ausarbeitung der Verträge konnte die Implementation innert dreier Monate durchgezogen und rechtzeitig vor den Weihnachtsfeiertagen ohne nennenswerte Probleme eingeführt werden.</p>	
Einsatzgebiet	Alle drei Direktionen	
Involvierte Berufsgruppen	Laborantinnen, Informatik inkl. Medizin- und Pflegeinformatik, Arzt, Pflege, Verwaltung (Fakturierung)	
Projektelevaluation / Konsequenzen	<p>Das Budget konnte bei den Investitionskosten gut eingehalten werden; bei den Wartungskosten wird es überschritten.</p> <p>Die Laborantinnen sind mit dem Produkt sehr zufrieden. Es werden deutliche Aufwandsparungen generiert, da die Analyseresultate direkt von den Automaten via LIS ins KIS übergeleitet werden können. Übertragungsfehler entfallen somit.</p> <p>Auch die Daten für die Abrechnung sind von sehr guter Qualität. Die Übernahme dieser Leistungsdaten in das Abrechnungssystem (bei stationären Fällen zu statistischen Zwecken - REKOLE) bringt substantielle Zeiteinsparungen von ca. ½ Tag pro Woche.</p>	
Weiterführende Unterlagen	--	

I

Schlusswort und Ausblick

Seit 2007 wird das QM-System im PZM nach dem EFQM-Modell systematisch aufgebaut.

Im November 2013 wurden im Rahmen eines Fremdasessments, durch eine unabhängige externe Prüfstelle, die Stärken des PZM bestätigt und weitere Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert.

Nach diesem Fremdasessment 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 worden und bilden die Grundlage für die Weiterentwicklung des Kaders.
- Ein Führungsentwicklungskonzept ist erstellt worden. Diverse Führungsentwicklungskurse wurden 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 wurde im 2012 revidiert. Deren Umsetzung hat im 2013 begonnen und wird 3-4 Jahre in Anspruch nehmen. Die Strategie 2017-2020 ist bereits in der Erarbeitung.
- Eine Balanced Scorecard (BSC) wurde ebenfalls ab 2013 auf Strategieebene eingeführt.
- Ein flächendeckendes Kommunikationskonzept ist erarbeitet und umgesetzt worden.
- Ein Marketingkonzept wird bis Ende 2015 erarbeitet und teilweise umgesetzt.

C. Mitarbeitende

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

D. Partnerschaft und Ressourcen

- Eine Finanzplanung ist im 2010 erarbeitet und am 1. Januar 2011 in Betrieb genommen worden.
- 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 wird im Juni 2015 zum ersten Mal stattfinden.

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. Massnahmen werden bis Ende 2015 festgelegt. Umsetzung wird im 2016 /17 stattfinden.
- Verschiedene Personalindikatoren werden 2 x pro Jahr analysiert und bei Bedarf werden Verbesserungsmaßnahmen initiiert.
- Seit 2008 wird eine Erhebung bei austretenden Mitarbeitenden durchgeführt.



Anhänge

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

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 Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Fachbereiche betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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



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

Siehe auch: www.ang.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).