

**FRAUENKLINIK
AM MEISSENBERG ZUG**



Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen

Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

05.06.2019
Beatrice Bill-Wyss, Delegierte des Verwaltungsrates / CEO

Version 2



**Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische
und Psychotherapeutische
Spezialklinik für Frauen**



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 2019.

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 der Vorlage 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. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

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 2019

Frau, MSPH
Anca M. Sarbu
Leiterin Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung
+41 (0)41 726 58 90
anca.sarbu@meissenberg.ch
www.meissenberg.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil. Nach Akutsomatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualitätsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: www.patientensicherheit.ch/momo.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Andererseits verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin 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 2019	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
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	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	15
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	17
Befragungen	18
5 Patientenzufriedenheit	18
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	18
5.2 Eigene Befragung	19
5.2.1 MüPF27	19
5.3 Beschwerdemanagement	20
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	21
9 Wiedereintritte Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
10 Operationen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
11 Infektionen	21
11.1 Eigene Messung	21
11.1.1 Interne Aufzeichnung/Messung HAI	21
12 Stürze	22
12.1 Eigene Messung	22
12.1.1 Interne Aufzeichnung/Messung Stürze	22
13 Wundliegen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
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	

	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	26
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	26
18.1.1	Strategische Planung Medizin (2020-2023)	26
18.1.2	Umsetzung von Sanalogic Menübestellungssystem	26
18.1.3	Umsetzung von HIN-Domain zum Datenschutz	26
18.1.4	Entwicklung des Wochenendangebots	26
18.1.5	Optimierung des Triage- u. Behandlungsprozess	27
18.1.6	Weiterentwicklung des Dokumentationsmanagementsystems	27
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019	27
18.2.1	Einführung des Polypoint KIS	27
18.2.2	Einführung TACS	27
18.2.3	Einführung Opale bluePearl	27
18.2.4	Einführung und Etablierung eines Projektmanagementstandards	27
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	28
18.3.1	EFQM-Zertifizierung	28
19	Schlusswort und Ausblick	30
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	31
	Psychiatrie	31
	Herausgeber	32

1 Einleitung

Die **Klinik Meissenberg AG** ist eine psychiatrische und psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen. Als Spezialklinik ausschliesslich für Frauen nimmt sie eine Sonderstellung in der schweizerischen Versorgungslandschaft ein.

Unsere Klinik behandelt Privatpatientinnen aus dem In- und Ausland sowie Allgemeinversicherte gemäss unserer Leistungsaufträge der Kantone Zug, Zürich und Glarus. Neben einer Privatabteilung und die Abteilung für Krisenbewältigung, mit gemischten psychiatrischen Krankheitsbildern betreiben wir Abteilungen mit fachlichen Schwerpunkten: Depression und Burnout, Angst und Emotionsregulation sowie Psychosomatik und Schmerz.

Neben dem stationären Bereich leisten wir in unserem Ambulatorium sowie unserer Praxis "Bad Schwanen" in Ennetbaden (AG) ambulante Vorabklärungen und nachstationäre psychotherapeutische Behandlungen.

Wir bieten moderne, störungsspezifische und individuell auf die Patientin abgestimmte Therapien mit Fokus auf intensive psychotherapeutische Massnahmen unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Einflussfaktoren. Die Klinik verfügt über 74 Betten verteilt auf vier offene Abteilungen und eine fakultativ schliessbare Abteilung. Die Abteilungen werden geführt durch ein ärztlich-psychologisches-pflegerisches „Tridem“.

Ein multiprofessionelles, kompetentes Behandlungsteam und koordinierte, eingespielte Abläufe bilden die Grundlage für eine rasche und nachhaltige Genesung unserer Patientinnen. Alle medizinischen Mitarbeitenden werden kontinuierlich weiter- bzw. fortgebildet. Dabei orientieren sie sich in ihrer klinischen Arbeit an den neuesten Erkenntnissen aus der Forschung und Wissenschaft. Neben der fachlichen Qualifikation wird jedoch ebenso Wert auf eine hohe Sozial-, Methoden- und Individualkompetenz in der Zusammenarbeit sowie im Umgang mit den täglichen Herausforderungen einer psychiatrisch-psychotherapeutisch hochstehenden Versorgung gelegt.

Die Stabsabteilung Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung unterstützt alle Abteilungen der Klinik Meissenberg dabei, ihre Patientinnen nach besten medizinischen Standards prozessorientiert und kosteneffizient zu versorgen. Mit unserer Expertise leiten wir zielgerichtete und wirkungsvolle Entwicklungen in allen medizinischen Bereichen ein und befähigen diese zur nachhaltigen Umsetzung. Dabei haben wir die Bedürfnisse der Patientinnen stets im Blick.

Wir unterstützen die Geschäftsleitung sowie die Entscheidungsträger auf Klinik- und Abteilungsebene bei der Erarbeitung von mittel- und langfristigen Strategien und entwickeln Instrumente, um das Erreichen der gesteckten Ziele kontinuierlich zu überwachen. Durch die Vereinigung von klassischen QM-Instrumenten mit den Methoden der Personal- und Organisationsentwicklung gewährleisten wir hohe Kompetenz in der Beratung und Begleitung im Change-Prozess.

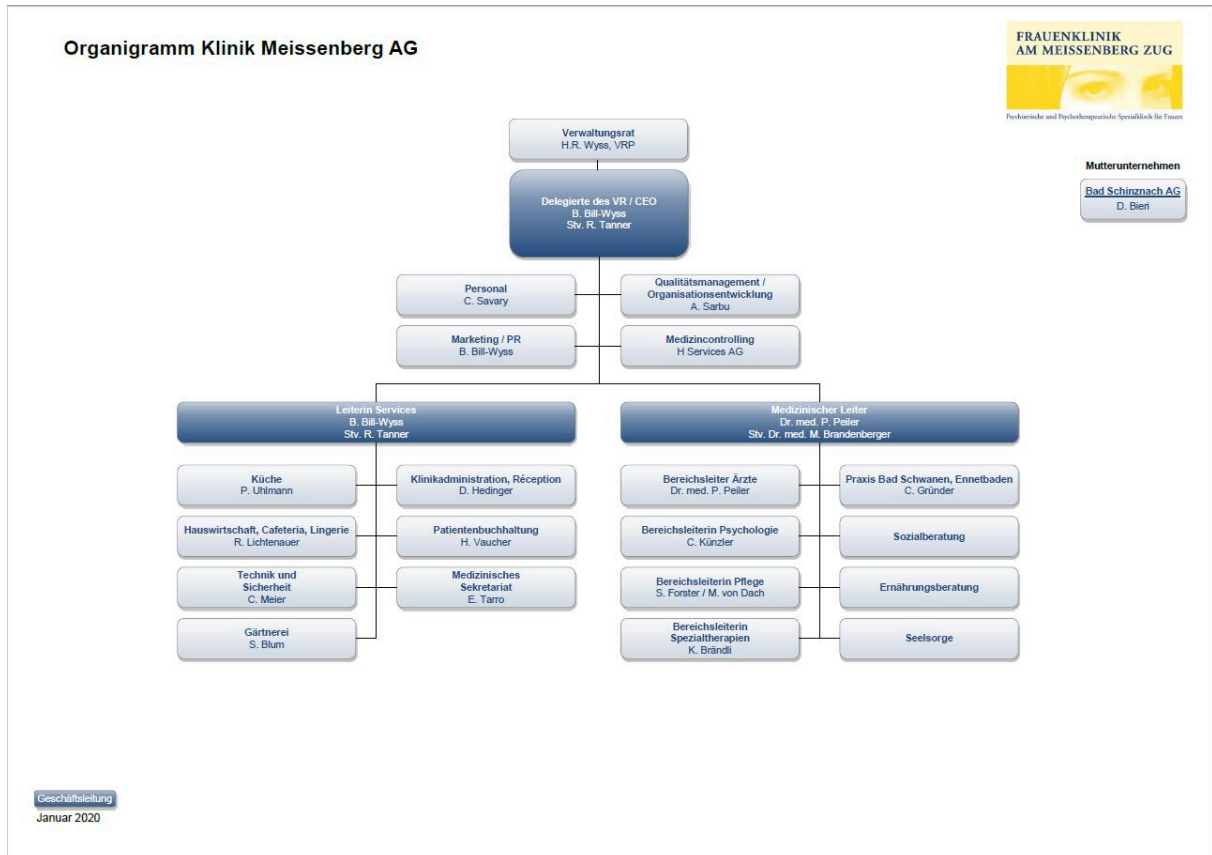
Wir planen unsere Projekte sorgfältig und setzen diese nach erprobten internen Projektmanagementrichtlinien um. Basis all unserer Aktivitäten ist der PDCA (plan-do-check-act)-Zyklus. Wir unterstützen grundsätzlich eine Haltung grösstmöglicher Transparenz bei gleichzeitiger Wahrung eines vertrauensvollen Umganges mit sensiblen Daten. Die Grundlagen und Überlegungen, auf welchen unsere Analysen beruhen, werden stets offen gelegt.

Durch Kompetenz, professionelles Verhalten und wertschätzenden Umgang versuchen wir ein hohes Mass an Kundinnen- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit herzustellen. Diese Parameter werden auch regelmässig evaluiert. Die Professionelle Entwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik Meissenberg AG wird durch gezielte Fort- und Weiterbildung sichergestellt.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **100%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau, MSPH Anca M. Sarbu
 Leiterin Qualitätsmanagement und
 Organisationsentwicklung
 +41 (0)41 726 58 90
anca.sarbu@meissenberg.ch

3 Qualitätsstrategie

„**Exklusiv für Frauen – Gesund werden an bester Lage**“ das ist unsere Philosophie. Die Klinik Meissenberg AG ist die führende Akutklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für Frauen in der Schweiz. Die **persönliche Behandlung**, unsere **hohen Qualitätsansprüche** und das **Bijou-Ambiente** der Klinik stehen im Zentrum unserer Behandlungskonzepte.

Qualität wird aktiv im Alltag aller Abteilungen der Klinik Meissenberg AG gelebt. Das **Qualitätsmanagementsystem** der Klinik ist an ethischen, sozialen, ökologischen sowie wirtschaftlich und gesellschaftlich verantwortlichen Grundsätzen ausgerichtet. Ziel ist es, jede einzelne Patientin und die gesamte Gesellschaft in ihrem Bestreben nach **Gesundheit und Lebensqualität** bestmöglich zu unterstützen. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen erbringen gemeinsam vor Ort erstklassige **Qualität und Patientinnensicherheit** in den Abteilungen. Somit werden die Erwartungen unserer Patientinnen in allen Aspekten erfüllt oder übertroffen.

Bei der Klinik Meissenberg AG ist das Qualitätsmanagement ein Instrument der Unternehmensführung, welches auf allen Ebenen eine umfangreiche Qualitätssicherung unter dem Fokus von **Business Excellence nach dem EFQM-Modell** (European Foundation for Quality Management) betreibt. Die Qualitätsarbeit ist auf allen Unternehmensebenen sowie in allen Unternehmensbereichen fest verankert. Unsere Bestrebungen nach exzellenter Qualität berücksichtigen immer auch ökonomische Rahmenbedingungen. **Qualität und Ökonomie** werden im Sinne der optimalen Versorgung und des verantwortungsvollen Umganges mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen in Einklang gebracht.

Die Rolle sowie **strategischen Qualitätsziele** der Stabsabteilung Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung der Klinik Meissenberg AG sind:

- Die Unterstützung der strategischen Ausrichtung des Unternehmens und der Effizienzsteigerung
- Die Förderung der operativen Exzellenz
- Die Sicherstellung, dass die Patientinnen- und Mitarbeiterzufriedenheit hoch ist und ihre weitere Verbesserung ein integrierter Bestandteil der Klinikkultur ist
- Die Gewährleistung der besten und sichersten patientinnenzentrierte Versorgung
- Die Weiterentwicklung von leidenschaftlichen und engagierten Menschen - Förderung von Leadership, verantwortungsbewusster Arbeitsethik und effizienter interdisziplinärer Zusammenarbeit

Die **Qualitätsstrategie der Klinik Meissenberg** soll sich nachhaltig positiv auf die Versorgung auswirken. Insgesamt werden alle Dimensionen von Qualität-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – nachhaltig umgesetzt, evaluiert und weiterentwickelt. Die Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Dimensionen werden als Gesamtsystem berücksichtigt.

Unsere **Qualitätsstrategie** basiert auf sechs Grundprinzipien, die in alle unsere Bereiche integriert sind:

- **Patientinnenorientierung** (Vor allem anderen, steht das Wohl der Patientinnen immer an erster Stelle; wir gestalten und liefern die Behandlungsprozesse nach den Bedürfnissen unserer Patientinnen und ihrer Angehörigen)
- **Fortschritt und Innovation** (Wir verpflichten uns, ehrgeizige Ziele zu setzen, Innovationen anzuregen und zu integrieren sowie uns an den Wandel für eine verbesserte Gesundheitsversorgung unserer Patientinnen anzupassen)
- **Inklusivität und Mitgefühl** (Wir folgen Grundüberzeugungen in der Interaktion mit den Patientinnen, wir verstehen, was unsere Patientinnen und ihre Angehörigen durchmachen und wir tun alles, um ihnen zu helfen)
- **Zusammenarbeit und Respekt** (Wir arbeiten interdisziplinär, um unseren Patientinnen die

bestmögliche, personalisierte Betreuung anzubieten; wir schätzen unsere Arbeit und Beiträge und zählen jeden Tag aufeinander und unsere Patientinnen zählen auf uns)

- **Integrität** (In unserem Alltag handeln wir immer ehrlich, ethisch, offen und verantwortungsbewusst)
- **Medizinische Exzellenz** (Wir verfolgen bei allem, was wir tun, die höchsten Standards; wir lernen ständig und richten unsere Aktivitäten auf kontinuierliche Verbesserung)

Basierend auf den Prinzipien **Patientinnenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz** ist die Klinik Meissenberg AG bemüht, eine hohe, transparente und definierte Behandlungsqualität anzubieten. Die jeweils betroffenen Patientinnen stehen hierbei bei allen Entscheidungen und Handlungen im Mittelpunkt.

Die bestmögliche Versorgung und Einbeziehung der Patientinnen wird durch die weitgehend **leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie** gewährleistet. Eine Metaleitlinie der Klinik Meissenberg AG dient als Basis für alle an den Abteilungen der Klinik aktuell verwendeten und zukünftig zu erarbeitenden **Leitlinien, Standards und Arbeitsanweisungen** und wird somit auch im Rahmen des Prozessmanagements berücksichtigt.

Bei der Gestaltung und **Verbesserung von Strukturen und Prozessen** liegt der Fokus auf der Sicherheit der Patientinnen sowie unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die **Stärkung der Kompetenzen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** im Hinblick auf qualitätsrelevante Themen verstehen wir als Beitrag zur Schaffung einer positiv besetzten **zukunftsorientierten Qualitätskultur**. Das **Fachwissen** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik Meissenberg AG zu Qualitätsthemen bringen wir aktiv in Fach- und öffentlichen Gremien ein.

Darüber hinaus, sichert eine **kontinuierliche Qualitätsentwicklung** dabei die Aktualität, Praxisnähe und Wissenschaftlichkeit unseres Aus- und Weiterbildungsangebotes.

Die **Kooperation, Weiterentwicklung und Innovation** sind Teil unserer **Qualitätskultur**. In unserem Bestreben zur Überwachung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der Qualität sind wir stolz darauf, Mitglied der anerkannten Fachgruppen zu sein. Damit tragen wir bei zur Innovation und zur kontinuierlichen Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in der Zentralschweiz und in der ganzen Schweiz. Zudem hilft uns dies, die Lebensqualität von Schweizerinnen und ausländischen Bürgerinnen in unserer Obhut zu verbessern.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

Unser vielseitiges Therapieprogramm und die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit unserer hochprofessionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bieten unseren Patientinnen eine herausragende Behandlungsqualität und Zuverlässigkeit.

Das Jahr 2019 stand aus Sicht des Qualitätsmanagement in der Klinik Meissenberg im Fokus von:

- Einführung **Opale bluePearl** (als Ersatz für PABS und Abacus)
- Entscheidung des **Studienauftrags zum Neubauprojekt** (Erweiterung der Klinik Meissenberg)
- Entwicklung und Etablierung eines **Projektmanagementstandards**
- Vorbereitungsarbeiten **EFQM-Zertifizierung**

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

- Umsetzung des **Polypoint KIS**
- Einführung von **Opale bluePearl** (als Ersatz für PABS & Abacus)
- Entscheidung des **Studienauftrags zum Neubauprojekt** (Erweiterung der Klinik Meissenberg)
- Etablierung eines **Projektmanagementstandards**
- Erfolgreiche Vorbereitungsarbeiten **EFQM-Zertifizierung**
- Erfolgreiche Vorbereitungsarbeiten zur Einführung von **TACS** (Tätigkeitserfassung)
- Erfolgreiche Vorbereitungsarbeiten zur Umsetzung von **HIN-Domain** zum Datenschutz
- Erfolgreiche Vorbereitung der **strategischen Planung Medizin (2020-2023)**
- Erfolgreiche Vorbereitungsarbeiten zur Einführung von **CHOP-Codes** (schweizerische Operationsklassifikation zur Kodierung)
- Erfolgreiche Vorbereitungsarbeiten zum **elektronischen Patientendossier** (Einbindung EPD gemäss EDPG)

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Die Klinik Meissenberg AG betrachtet Qualität als einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der eine hohe Patientinnenzufriedenheit sowie möglichst gute Ergebnisse in Lehre und patientinnenzentrierter Versorgung zum Ziel hat

Zudem wird im Rahmen des QMS sowohl der systematischen QM-Strukturaufbau vorangetrieben als auch spezifischen QM-Inhalte weiterentwickelt. Dabei liegen folgende Themen im Fokus:

- Umsetzung von **Opale bluePearl**
- Umsetzung von **TACS** (Tätigkeitserfassung)
- Umsetzung von **Sanalogic** Menübestellungssystem
- Durchführung von **EFQM-Zertifizierung**
- Umsetzung von **HIN-Domain** zum Datenschutz
- Weiterentwicklung der **strategischen Planung Medizin (2020-2023)**
- Umsetzung von **CHOP-Codes** (schweizerische Operationsklassifikation zur Kodierung)
- Umsetzung des **elektronischen Patientendossier** (gemäss EDPG)
- Entwicklung von Aktivitäten, bzw. Projekten mit Schwerpunkt **Patientinnensicherheit und klinisches Risikomanagement**, inkl.: Auffrischungstrainings **CIRS Meldesystem** für kritische Zwischenfälle, Schulung und Etablierung der **Risiko- und Qualitätsteams im medizinischen Bereich**, Bearbeitung und Etablierung eines **Hygienekonzeptes** sowie Beauftragung und Ausbildung von **Hygienebeauftragte**, Teilnahme bei der Kantonale Arbeitsgruppe **Suizidprävention**, Entwicklung spezifischer **Medikamentenkarten** zur **Arzneimittelsicherheit**, Erfassung und Auswertung ergänzender, interner **Qualitätsindikatoren**
- Ausbau **Alarmierung Parcom / Tablets in Stationszimmern**
- Aufbau eines 2-jährigen internen **Weiterbildungscurriculums**
- Optimierung des **Triage- u. Behandlungsprozess**
- Konzepterarbeitung **patientinnenzentrierte Gesundheitsversorgung am Wochenende - Wochenendeangebote**
- Weiterentwicklung des **Befragungsmanagements und Kundenfeedbackkonzeptes**
- Weiterentwicklung und Optimierung des **Dokumentationsmanagementsystems**
- Anpassung und Weiterentwicklung des Konzeptes **Ambulatorium**

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
– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

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>
▪ MüPF27

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
▪ Interne Aufzeichnung/Messung HAI
<i>Stürze</i>
▪ Interne Aufzeichnung/Messung Stürze

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Umsetzung des Polypoint KIS

Ziel	Weiterentwicklung des klinischen Dokumentationssystems
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizin
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018-2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Erreichung einer systematischen Datenstruktur für das effiziente Datenmanagement und die Workflow-Optimierung im medizinischen Bereich
Methodik	Projektmanagement, Software- / Innovationsimplementierung
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Pflege, Psychologe, med. Sekretariat, Klinik Administration, IT-EDV
Evaluation Aktivität / Projekt	Abgeschlossen

Einführung TACS

Ziel	Effiziente Tätigkeitserfassung in der Pflege (TACS)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Pflege, Finanzen
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019-2020
Begründung	allg. Voraussetzung
Methodik	Projektmanagement, Software- / Innovationsimplementierung
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Finanzen, IT-EDV
Evaluation Aktivität / Projekt	Umsetzungsbereit

Einführung Opale bluePearl

Ziel	Optimierte Abrechnungsverfahren
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Finanzen und Buchhaltung
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019-2020
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Ersatz für PABS und Abacus
Methodik	Projektmanagement, Software- / Innovationsimplementierung
Involvierte Berufsgruppen	Finanzen, Buchhaltung, med. Sekretariat, Klinik Administration
Evaluation Aktivität / Projekt	Umsetzungsbereit

EFQM-Zertifizierung

Ziel	Weiterentwicklung der Qualitätsstandards der Klinik Meissenberg, Steigerung der Qualität der Patientinnenversorgung, die Klinik als eine der EFQM-qualitätsgeprüften Kliniken der Schweiz zu qualifizieren und sie zu einem höheren Bekanntheitsgrad zu bringen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamter Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019-2020
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Umfassend gelebtes und integriertes Qualitätsmanagement
Methodik	EFQM, Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufend

Strategische Planung Medizin (2020-2023)

Ziel	Weiterentwicklung des medizinischen Bereichs
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizin
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019-2020
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Festlegung der strategischen Rolle, Aktivitäten sowie Schwerpunkte des medizinischen Bereichs für den Zeitraum 2020-2023
Methodik	Interdisziplinäre Teamarbeit, strategische Planung
Involvierte Berufsgruppen	Medizinische Leitung, Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung
Evaluation Aktivität / Projekt	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, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2012 ein CIRS 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.

Bemerkungen

CIRS steht für Critical Incident Reporting System.

Kritische Ereignisse (critical incidents), Beinahe-Schäden (near misses) und Fehler (errors) werden in einem Meldesystem erfasst, ausgewertet und geeignete massnahmen zur Bewältigung dieser Ereignisse eingeleitet. Das Meldesystem ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter frei und unter Wahrung der Vertraulichkeit zugänglich. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern.

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
FMH SIWF Anerkennung der Weiterbildungsstätte gemäss Art 39ff der Weiterbildungsordnung (WBO) im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie;	Medizin	2017	2019	Höherer Einstufung von Klinik C (2017) zu Kategorie B (2019).

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 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

Im Jahr 2018 wurde die Befragung dann bereits im Frühjahr durchgeführt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Die ersten drei Fragen sind identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die letzten drei Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Psychiatrie angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

Messergebnisse

Fragen		Zufriedenheitswert, Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?		3.94 (1.00 - 5.00)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?		4.46 (1.00 - 5.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?		4.34 (1.00 - 5.00)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?		4.00 (1.00 - 5.00)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?		4.20 (1.00 - 5.00)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?		4.23 (1.00 - 5.00)
Anzahl angeschriebene Patienten 2018		125
Anzahl eingetreffener Fragebogen	64	Rücklauf in Prozent
		51 %

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

- Die 49 Kliniken mit 20 oder mehr ausgewerteten Antworten erreichen bei Frage 1 einen Gesamtdurchschnitt von 3,9. Der tiefste Mittelwert liegt bei 3,6, der höchste bei 4,4 (max. Unterschied: 0,8)
- Die 50 Kliniken mit 20 oder mehr ausgewerteten Antworten erreichen bei Frage 2 einen Gesamtdurchschnitt von 4,5 auf. Der tiefste Mittelwert liegt bei 3,9, der höchste bei 4,8 (max. Unterschied: 1,05)
- Die 50 Kliniken mit 20 oder mehr ausgewerteten Antworten erreichen bei Frage 3 einen Gesamtdurchschnitt von 4,3 auf. Der tiefste Mittelwert liegt bei 4,0, der höchste bei 4,7 (max. Unterschied: 0,8)
- Die 48 Kliniken mit 20 oder mehr ausgewerteten Antworten erreichen bei Frage 4 einen Gesamtdurchschnitt von 4,0 auf. Der tiefste Mittelwert liegt bei 3,3, der höchste bei 4,6 (max. Unterschied: 1,3)
- Die 50 Kliniken mit 20 oder mehr ausgewerteten Antworten erreichen bei Frage 5 einen Gesamtdurchschnitt von 4,2 auf. Der tiefste Mittelwert liegt bei 3,6, der höchste bei 4,6 (max. Unterschied: 1,0)
- Die 50 Kliniken mit 20 oder mehr ausgewerteten Antworten erreichen bei Frage 6 einen Gesamtdurchschnitt von 4,2 auf. Der tiefste Mittelwert liegt bei 3,9, der höchste bei 4,7 (max. Unterschied: 0,8).

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 18 Jahre) versendet, die von April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung**5.2.1 MüPF27**

Ziel der Befragung ist es, die Bedürfnisse und Anliegen sowie die Zufriedenheit der Patientinnen besser kennenzulernen und zu erfahren, wo es aus ihrer Sicht Verbesserungspotenzial gibt. Darauf aufbauend leiten wir gezielte Massnahmen ein und tragen so zur kontinuierlichen Verbesserung bei.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Die Befragung wird in der ganzen Klinik durchgeführt. Alle stationären Patientinnen haben die Möglichkeit an der Befragung teilzunehmen.

Die Befragung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	UPK Basel
Methode / Instrument	MüPF(-27)

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

**Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische
und Psychotherapeutische Spezialklinik
für Frauen**

Qualitätsmanagement und
Organisationsentwicklung

Anca M. Sarbu

Leiterin Qualitätsmanagement und
Organisationsentwicklung

+41 (0)41 726 58 90

anca.sarbu@meissenberg.ch

Montag - Freitag

Bei den folgenden Link könnten Sie uns
jederzeit bezüglich Anregungen oder Kritik
auch online kontaktieren:

[https://www.meissenberg.ch/kontakt/
anregungen-kritik/](https://www.meissenberg.ch/kontakt/anregungen-kritik/)

Behandlungsqualität

11 Infektionen

11.1 Eigene Messung

11.1.1 Interne Aufzeichnung/Messung HAI

gemäss Infektionsprotokoll

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Bereich Medizin (Patientinnenbehandlung Ärzte und Pflege)

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

12 Stürze

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Interne Aufzeichnung/Messung Stürze

gemäss Sturzmanagement-Protokoll

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Bereich Medizin (Patientinnenbehandlung Ärzte und Pflege)

Die Messung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

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 Pflegefachpersonen 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

Erwachsenenpsychiatrie	2015	2016	2017	2018
Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	1.88	2.83	3.81	0.77
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2018				4

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
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 (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

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

HoNOS Adults	2015	2016	2017	2018
Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	6.82	5.33	6.37	5.93
Standardabweichung (+/-)	6.55	6.29	5.61	6.00
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	0.15	
Anzahl auswertbare Fälle 2018				436
Anteil in Prozent				%

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2015	2016	2017	2018
Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	33.46	37.19	33.80	29.61
Standardabweichung (+/-)	36.75	33.03	35.00	35.40
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	0.12	
Anzahl auswertbare Fälle 2018				264
Anteil in Prozent				%

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken.

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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
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.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Strategische Planung Medizin (2020-2023)

Das Ziel ist die Weiterentwicklung des medizinischen Bereichs.

Die involvierten Berufsgruppen sind:

Ärzte, Pflege, Psychologen, Spezialtherapeuten und die Abteilung Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung.

Die Projektleitung liegt beim medizinischen Leiter und wird vom Qualitätsmanagement unterstützt.

18.1.2 Umsetzung von Sanalogic Menübestellungssystem

Ziel:

Umsetzung eines einwandfreien, innovativen Essensmanagementsystem zur Reduzierung von Bestellfehlern, Steigerung der Patientinnenzufriedenheit, sowie eine verbesserte und effiziente patientinnenzentrierte Versorgung.

Die involvierten Berufsgruppen sind:

Abteilung IT-EDV, Küche, Hotellerie, Pflegebereich sowie die Geschäftsleitung. Die Abteilung Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung steht zur Unterstützung zur Verfügung.

18.1.3 Umsetzung von HIN-Domain zum Datenschutz

Ziel:

Datenschutz und Förderung der Cybersicherheit auf höchstem Niveau.

Die involvierten Berufsgruppen sind:

Abteilung IT-EDV, die Geschäftsleitung und die Abteilung Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung.

18.1.4 Entwicklung des Wochenendangebots

Ziel:

Durch das Wochenendangebot wird ein Bedürfnis der Patientinnen abgedeckt und somit die Zufriedenheit erhöht. Ferner werden die Mitarbeitenden am Wochenende entlastet, weil die Patientinnen durch das Angebot eine höhere Zufriedenheit erfahren.

Die involvierten Berufsgruppen sind:

Leitung Medizin, Leitung Psychologie, Leitung Spezialtherapien, Pflegebereich, Personalabteilung und die Abteilung Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung.

Projektleitung: Leiterin Psychologie

18.1.5 Optimierung des Triage- u. Behandlungsprozess

Ziel:

Die Optimierung des Triage-Prozesses wird erfolgen, um die interne Kommunikation und die internen Arbeitsprozesse zu vereinfachen sowie die Vorbereitung der Patientin auf die stationäre Behandlung zielgerecht zu ermöglichen. Damit soll letztlich die Zuweiserbeziehung und die Bettenbelegung optimiert werden.

Die involvierten Berufsgruppen sind:

Ärzte, Pflege, Psychologen, Spezialtherapeuten, Abteilung Klinikadministration und die Abteilung Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung.

Die Projektleitung liegt beim medizinischen Leiter und bei der CEO und das Projekt wird vom Qualitätsmanagement unterstützt.

18.1.6 Weiterentwicklung des Dokumentationsmanagementsystems

Ziel:

Die Dokumentationsstruktur darf optimiert werden, um die Arbeit der Bereichsgruppen zu erleichtern und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dabei zu unterstützen, effizienter und stresslos zu arbeiten sowie die Fähigkeiten der Organisation aufzubauen.

Die involvierten Berufsgruppen sind:

Die Abteilung Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung, das med. Sekretariat, die Abteilung IT-EDV

Die Projektleitung liegt bei der Leitung Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung und das Projekt wird von den Bereichsleitungen unterstützt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

18.2.1 Einführung des Polypoint KIS

Ziel: Weiterentwicklung des klinischen Dokumentationssystems und Erreichung einer systematischen Datenstruktur für das effiziente Datenmanagement und die Workflow-Optimierung im medizinischen Bereich.

18.2.2 Einführung TACS

Ziel: Förderung eine effiziente Tätigkeitserfassung in der Pflege.

18.2.3 Einführung Opale bluePearl

Ziel: Förderung optimierter Abrechnungsverfahren durch ein integriertes ERP-System.

18.2.4 Einführung und Etablierung eines Projektmanagementstandards

Ziel: Entwicklung und Umsetzung eines internen Standards nach international anerkannten Kriterien für das erfolgreiche Projektmanagement in der Klinik.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 EFQM-Zertifizierung

Projektbeschreibung

Das EFQM-Modell ist ein Qualitätsmanagement-System, welches in 1988 von der European Foundation for Quality Management (EFQM) entwickelt wurde. Das Modell der EFQM gilt international als „Goldstandard“ des Qualitätsmanagements. Auf dem Weg zu exzellentem Management und Spitzenleistung schlägt das EFQM-Verfahren mehr als jedes andere Qualitätsmanagementmodell eine Brücke zwischen Strategie, Prozessen und den Ergebnissen einer Organisation. Seine besondere Stärke liegt in der expliziten Orientierung an Strategie und Kennzahlen. Ein weiterer Vorteil, um diese Zertifizierung, bzw. dieses Projekt durchzuführen, ist das durch dem EFQM-Modell wird hier ausschliesslich der Erfolg eines individuellen Vorgehens und dessen Umsetzung bewertet – strikt ausgerichtet an der RADAR-Logik. Hinsichtlich Zahl und Umfang der durchzuführenden Verbesserungsprojekte lässt das EFQM-Verfahren eine sehr große Freiheit, so dass es für die aktuellen Bedürfnisse unserer Organisation geeignet wird.

Das **EFQM Excellence Modell** wird uns erlauben, die Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zwischen dem, was die Organisation tut und den resultierenden Ergebnissen besser zu verstehen. Das Modell besteht aus drei ineinandergreifenden Komponenten:

- Die Grundkonzepte der Excellence: Grundprinzipien, auf denen nachhaltige Excellence für jede Form von Organisationen beruhen.
- Das Kriterienmodell: Grundstruktur, mit der die Grundkonzepte der Excellence und die RADAR Logik praktisch umgesetzt werden.
- Die „RADAR Logik“: Ein einfaches jedoch wirksames Instrument, um überall in der Organisation systematisch Verbesserungen voranzutreiben.

„EFQM Committed to Excellence (C2E) - Fragebogen zur Selbstbewertung“, bzw. die Selbstbewertung dient als Grundlage des EFQM Modells. Eine Selbstbewertung auf der Basis des Kriterienmodells oder der Grundkonzepte der Excellence bildet die Grundlage für eine erfolgreiche Teilnahme am EFQM Anerkennungsprogramm und sie wird der erste Schritt in der Entwicklung des Qualitätsmanagementsystems der Klinik Meissenberg AG sein. Im Rahmen der Selbstbewertung, vor der Validierung durch den SAQ-ValidatorIn, die folgenden Anforderungen sind zu erfüllen: Datensammlung, Anpassung des Selbstbewertungsfragebogens, EFQM-Selbstbewertung mit der vereinfachten RADAR-Logik (durch ausgewählte Personen) für die Erkennung blinder Flecken und Priorisierung von Verbesserungspotenziale, drei Verbesserungsprojekte werden innerhalb von 6-8 Monaten innerhalb der Klinik umgesetzt und im Aktionsplan dokumentiert, Anmeldung bei der SAQ. Die Planung zur Erfüllung der SAQ EFQM-Zertifizierungskriterien ist in dem Meilensteinplan (2019-2020) beschrieben.

Ziele

- Weiterentwicklung der Qualitätsstandards der Klinik Meissenberg AG
- Steigerung der Qualität der Patientenversorgung
- die Klinik als eine der SAQ, bzw. EFQM-qualitätsgeprüften Kliniken der Schweiz zu qualifizieren und sie zu einem höheren Bekanntheitsgrad zu bringen

Kennzahlen

- Ausmass der Absenzen und Personalfuktuation
- durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer
- Patientenzufriedenheit (MüPF 2020-2021)

Die involvierten Berufsgruppen sind:

Die Abteilung Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung, die Geschäftsleitung, Stv. med.

Leitung, die Bereichsleitungen Psychologie, Pflege, Klinikadministration, med. Sekretariat, Personalmanagement.

Die Projektleitung liegt bei der Leitung Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung.

19 Schlusswort und Ausblick

Auch im vergangenen Jahr ist es uns gelungen, die Klinik Meissenberg im Rahmen der Gesamtvision weiterzuentwickeln und unserer Dienstleistungen auf hohem Niveau zu erbringen.

Das widerspiegelt sich unter anderem auch in den entsprechenden Belegungszahlen sowie den positiven Zuweiser-Feedbacks.

Die Klinik Meissenberg AG ist stets bemüht, jeder Patientin ein herausragendes Erlebnis zu bieten. Daher für das Jahr 2020 hat der **Patientinnendatenschutz** für uns Priorität, während **digitale Innovationen und individualisierte Patientinnenbetreuung** Teil unserer Kultur sind.

Somit wird der kontinuierliche Ausbau und die ständige Verbesserung sowohl unserer Angebote und Dienstleistungen wie auch der Prozesse im stationären und ambulanten Setting gekoppelt mit einer entsprechenden Führungs- und Unternehmenskultur der erfolgreiche Weg zu einem spürbaren nachhaltigen Mehrwert für unsere Kundinnen und Partner.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen 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
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Bemerkungen

www.meissenberg.ch

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/qualitaet/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 (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



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.spitalinfo.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**):

www.samw.ch.