FRAUENKLINIK
AM MEISSENBERG ZUG

Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen

Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	31.05.2024	Version 1
Durch:	Beatrice Bill-Wyss, Delegierte des Verwaltungsrates / CEO	

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 2023.

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 sind im Inhaltsverzeichnis 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.

Die Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

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 2023

Anja Seidl
Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement
0417265890
anja.seidl@meissenberg.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. Die H+ Qualitätsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten; die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf spitalinfo.ch dargestellt werden können.

Die Herausforderungen für die Spitäler und Kliniken haben erneut zugenommen: Personalmangel, Teuerung und nicht-kostendeckende Tarife verschärfen die Situation weiter.
Viele Spitäler und Kliniken müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

In einigen Spitälern und Kliniken laufen bereits erste, interne Vorbereitungen an, für die Umsetzung des Qualitätsvertrags nach Art. 58a. Dieser wird voraussichtlich 2024 in Kraft treten. Wir freuen uns, dass die Spitäler und Kliniken die ersten Leistungserbringer sind, welche diese gesetzliche Vorgabe erfüllen und einen Qualitätsvertrag ausarbeiten konnten.

Der Qualitätsbericht 2023 ist optimiert aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Zudem werden im aktuellen Qualitätsbericht erstmals die Ergebnisse der Rehospitalisationen mit der neuen Methode ausgewiesen. Diese Ergebnisse wurden basierend auf den BFS-Daten 2021 ausgewertet, mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken weiterhin die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Das Ausfüllen und die Ausgabe wurden zusätzlich optimiert.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt.
Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum ... **2**
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen ... **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 2023 ... 9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 ... 10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren ... 11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten ... **12**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen ... 12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen ... 12
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen ... 13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte ... 14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen ... 28
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren
4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs) ... 28
4.5 Registerübersicht
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.
4.6 Zertifizierungsübersicht ... 29
QUALITÄTSMESSUNGEN ... **30**
Zufriedenheitsbefragungen ... **31**
5 Patientenzufriedenheit ... **31**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie ... 31
5.2 Eigene Befragung ... 33
5.2.1 MüPF27 ... 33
5.3 Beschwerdemanagement ... 41
6 Angehörigenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
7 Mitarbeitendenzufriedenheit ... **42**
7.1 Eigene Befragung ... 42
7.1.1 Mitarbeitendenbefragung durch die Firma icommit ... 42
8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
Behandlungsqualität ... **43**
Messungen in der Akutsomatik ... **43**
9 Wiedereintritte
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.
10 Operationen
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.
11 Infektionen
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.
12 Stürze ... **43**
12.1 Eigene Messung ... 43
12.1.1 Interne Aufzeichnung/Sturzprotokolle ... 43
13 Dekubitus
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.
Messungen in der Psychiatrie ... **44**
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen ... **44**
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FM) in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie ... 44

15 Symptombelastung psychischer Störungen 45
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie 45
Messungen in der Rehabilitation 0
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.
Weitere Qualitätsaktivitäten 0
17 Weitere Qualitätsmessungen
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.
18 Projekte im Detail 47
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 47
18.1.1 Entwicklung eines «Alarmierungsprozesses» 47
18.1.2 Erweiterung Klinik Meissenberg - «Ersatzneubau» Haus D 47
18.1.3 Projekt Menübestellungssystem «Sanalogic» 48
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 49
18.2.1 Projekt Weiterentwicklung «Therapieplanung» mit Schwerpunkt Spezialtherapien 49
18.2.2 Entwicklung eines Konzeptes zum Behandlungsschwerpunkt «Essstörungen» in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Zug 49
18.2.3 Entwicklung eines neuen pflegerischen Angebotes «Aromapflege» 49
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 50
18.3.1 Weiterentwicklung der «Qualitätsstandards» der Klinik Meissenberg 50
19 Schlusswort und Ausblick 51
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 52
Psychiatrie 52
Herausgeber 53

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 zusatz- und allgemein versicherte Patientinnen aus dem In- und Ausland aufgrund unserer Leistungsaufträge des Konkordats Zug, Schwyz, Uri (hier auch die Möglichkeit der Aufnahme adoleszenter Frauen) sowie der Kantone Zürich und Glarus. Neben einer Privatabteilung und der Abteilung für Krisenbewältigung mit gemischten psychiatrischen Krankheitsbildern betreiben wir Abteilungen mit fachlichen Schwerpunkten: Depression und Burnout, Angst und Emotionsregulation sowie somatische Belastungs- und Essstörungen.

Neben dem stationären Bereich leisten wir in unserem Ambulatorium 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 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 Stabsstelle Prozess- und Qualitätsmanagement 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 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 Umgangs mit sensiblen Daten. Die Grundlagen und Überlegungen, auf welchen unsere Analysen beruhen, werden stets offengelegt.

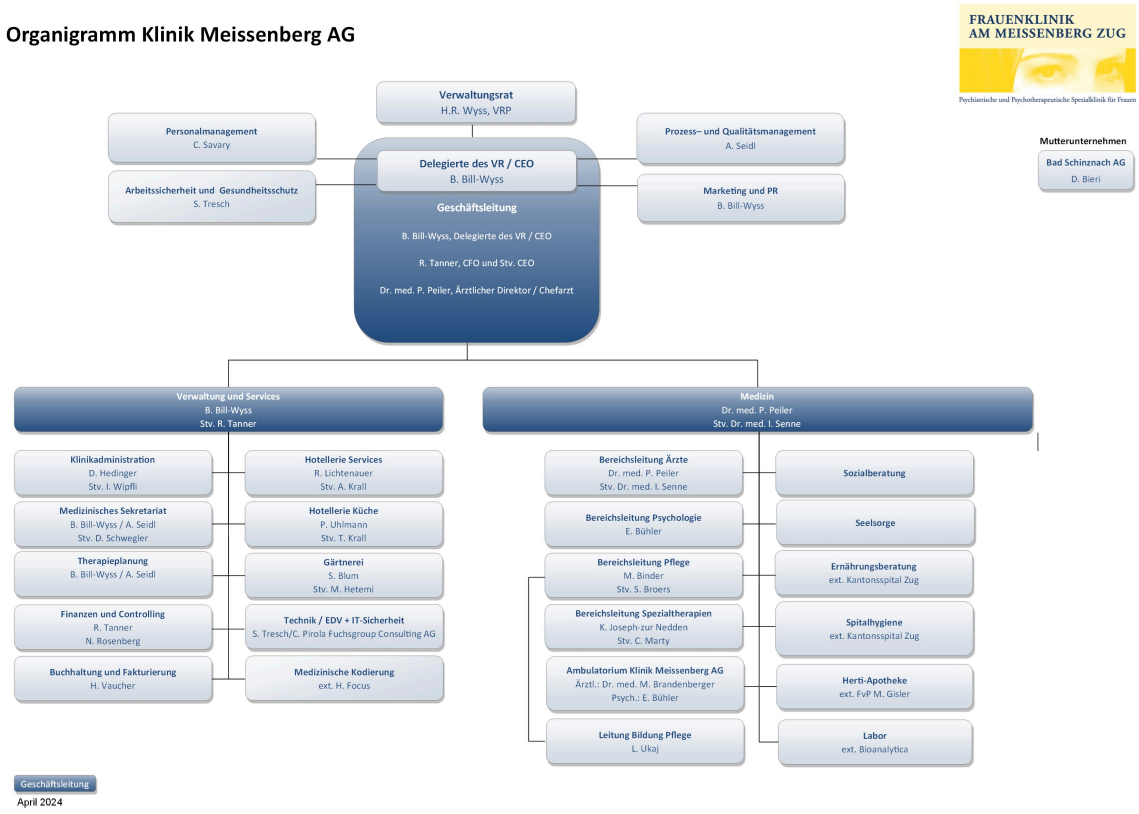
Durch Kompetenz, professionellem Verhalten und wertschätzendem Umgang stellen wir ein hohes Mass an Patientinnen- und Mitarbeitendenzufriedenheit her. Diese Parameter werden auch regelmässig evaluiert. Die professionelle Entwicklung der Mitarbeitenden der Klinik Meissenberg AG wird durch gezielte Fort- und Weiterbildung sichergestellt.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Anja Seidl
Prozess- und Qualitätsmanagement
0417265890
anja.seidl@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. Ziel ist es, jede einzelne Patientin und die gesamte Gesellschaft in ihrem Bestreben nach **Gesundheit und Lebensqualität** bestmöglich zu unterstützen. Unsere Mitarbeitenden 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 Stabsstelle Qualitätsmanagement 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 Mitarbeitendenzufriedenheit hoch ist und ihre weitere Verbesserung ein integrierter Bestandteil der Klinikkultur ist
- Die Gewährleistung der besten und sichersten patientinnenzentrierten 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 Mitarbeitenden. Die **Stärkung der Kompetenzen aller Mitarbeitenden** im Hinblick auf qualitätsrelevante Themen verstehen wir als Beitrag zur Schaffung einer positiv besetzten **zukunftsorientierten Qualitätskultur**. Das **Fachwissen** der Mitarbeitenden 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.

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 2023

- Erhalt der Leistungsaufträge (**Spitallisten**) des Konkordats Zug, Schwyz, Uri - hier auch die Möglichkeit der Aufnahme adoleszenter Frauen - sowie Zürich. Wir sind nach wie vor auf der Spitalliste des Kanton Glarus

- Einführung Projekt **Therapieplanung** mit Schwerpunkt **Spezialtherapien**

- Start des Behandlungsschwerpunktes **Essstörungen** in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Zug

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

- Start des neuen pflegerischen Angebotes **Aromapflege**
- Kooperation mit der **Herti-Apotheke:** Die Bestellung der Medikamente erfolgt neu über eine Webapplikation (Easylink). Ergänzend werden Schulungen des Personals betreffend Umsetzung Qualitätssicherung und zum korrekten Umgang mit Arzneimitteln, insbesondere auch Medikation, durch die FvP angeboten.
- Weiterführung der **Meissenberg-Reihe** (3 Vorträge)
- Erneuerung und Erweiterung von **Therapieräumen** in der gesamten Klinik
- Etablierung des **Sanalogic** Menübestellungssystem für Patientinnen über Tablets
- Aktualisierung der **Datenschutzerklärung**
- **Biofeedback**
- Aktualisierung Prozess **Patientinneneintritt** stationär, Austritt und Verlegungen in der Klinik Meissenberg
- Etablierung interaktives **Skillstraining** für Borderline-Patientinnen
- Fortschreitende **Planung** Erweiterung Klinik Meissenberg - **Ersatzneubau Haus D**
- IT: **Firewall** und **Switches** ersetzt
- Analyse **Wyss goes Cloud**: Anforderungen
- Analyse **Fragebogen Psychologie** über Laptop direkt in Polypoint
- **Führungskräfteweiterbildung**
- Ständige Weiterentwicklung der **strategischen Planung Medizin**
- Ständige Weiterentwicklung des **Leitbilds und Betriebskonzeptes**

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Weiterentwicklung der **Qualitätsstandards** der Klinik Meissenberg - Steigerung der Qualität der Patientinnenversorgung, Erreichung der nächsten Qualitätsstufe der **EFQM**-Anerkennung
- **Wyss goes Cloud:** Gemeinsames Projekt der Wyss-Gruppe mit dem Ziel, einen modernen, digitalen, sicheren Arbeitsplatz zu schaffen für Büro, unterwegs, Homeoffice. Synergien durch gut ausgebauten, pro-aktiv verwalteten Server-Standort im ISO 27001 zertifizierten Green Data-Center in Lupfig.
- **Sanierung** der Abteilungen C1 und C2 (Nasszellen, Böden, Küchen, Möblierung)
- **Ersatzneubau Haus D:** Der Bebauungsplan KMAG wurde im GGR Zug genehmigt. Der Regierungsrat Zug hat auch zugestimmt. Nun folgen weitere Planungen.
- Workshops und Schulungen und **Arbeitssicherheit** H+ geleitet durch eine Arbeitsgruppe der KMAG
- Weiterführung **Meissenberg-Reihe**
- Erfassung der **psychologischen Fragebogen** auf einem **Tablet** mit Direktimport in **Polypoint**
- Einführung **Sanalogic** Menübestellungssystem über Laptops für **Mitarbeitende**
- **Mitarbeitendengespräche**: Neues Konzept "2.0"
- Erweiterung des **kulinarischen Angebots** an vegetarischen und veganen Menüs inkl. Dessert
- Einführung eines Kochkonzepts der **Kochgruppe** (Ergänzung zur Behandlung bei Essstörungen)
- Erweiterung des Angebots **englischsprachiger Therapien**
- **Patientinnenmappe**
- **Zuweisendenbefragung**
- Einführung **Alarmierungsprozess**
- Weiterentwicklung des **Notfallmanagements**
- Einführung **elektronische Signatur** sowie weitere **Digitalisierung**
- Weiterhin Verringerung der CO2-Emissionen **(CO2-Label)**
- Ständige Weiterentwicklung der **strategischen Planung Medizin**
- Ständige Weiterentwicklung des **Leitbilds und Betriebskonzeptes**

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, curafutura 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 wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Psychiatrie
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)
– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen
– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie für Erwachsene

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ ANQ HoNOS
▪ ANQ BSCL

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:
Patientenzufriedenheit
▪ MüPF27

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Stürze
▪ Interne Aufzeichnung/Sturzprotokolle

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Einführung Therapieplanung mit Schwerpunkt Spezialtherapien

Ziel	Optimierung der Abläufe und Ausbau der Therapieplanung mit Schwerpunkt Spezialtherapien inkl. Einführung neuer Therapien
Bereich, in dem das Projekt läuft	Medizin, Psychologie, Medizinisches Sekretariat, Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2021 - 2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Zentrale Therapieplanung: Optimale Terminierung der Patientinnen, administrative Entlastung der TherapeutInnen, effiziente Raumnutzung.
Methodik	Interdisziplinäres Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Geschäftsleitung, Pflege, Therapeuten, admin. Personal, Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich eingeführt, Optimierungen werden laufend berücksichtigt.
Weiterführende Unterlagen	Projektdokumentation

Sanalogic Menübestellungssystem

Ziel	Automatisierungen mittels des Menübestellungssystems Sanalogic von Aufgaben des Verpflegungsmanagements in Großeinrichtungen des Gesundheitswesens
Bereich, in dem das Projekt läuft	Hotellerie Küche
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2021 - 2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Küchenproduktionsplanung und -steuerung unter dem besonderen Aspekt der Vermeidung unproduktiver Verwaltungstätigkeit, Menübestellungen der Patientinnen über Tablets, Berücksichtigung von Spezialkost im System ersichtlich
Methodik	Interdisziplinäres Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	MitarbeiterInnen Küche, Hauswirtschaft, Qalitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Teilumsetzung ist erfolgt.

Alarmierungsprozesses

Ziel	Schnelle und koordinierte Reaktion auf Notfälle, wodurch die Sicherheit von Patientinnen und Mitarbeitenden erhöht wird.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Pflege, Medizin
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Sicherheitsaspekte
Methodik	Interdisziplinäres Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Geschäftsleitung, Qualitätsmanagement, Technischer Dienst, Pflege, IT
Evaluation Aktivität / Projekt	Im Initiierungsprozess.
Weiterführende Unterlagen	Projektdokumentation

Einführung Behandlungsschwerpunkt Essstörungen

Ziel	Behandlung von Essstörungen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamter Betrieb
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2022 - 2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Therapien bei der speziellen Behandlung von Essstörungen.
Methodik	Projektmanagement in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Zug
Involvierte Berufsgruppen	PsychologInnen, TherapeutInnen, Ärzteschaft, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich eingeführt, Anpassungen folgen.
Weiterführende Unterlagen	Projektdokumentation

Einführung Kochgruppe mit Kochkonzept

Ziel	Ergänzung des Projektes zur Behandlung von Essstörungen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamter Betrieb
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2022 - 2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Bietet eine strukturierte und unterstützende Umgebung und fördert gesunde Essgewohnheiten.
Methodik	Teamarbeit
Involvierte Berufsgruppen	TherapeutInnen
Evaluation Aktivität / Projekt	Ausarbeitung des Konzeptes.

EFQM-Zertifizierung "Qualified by EFQM"

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 das Projekt läuft	Gesamter Betrieb
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2023 - 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Umfassend gelebtes und integriertes Qualitätsmanagement
Methodik	EFQM, Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	alle
Evaluation Aktivität / Projekt	Datensammlung zur Aufrechterhaltung der EFQM-Anerkennung bzw. Erreichung der nächsten Qualitätsstufe.

Erweiterung Klinik Meissenberg - Ersatzneubau Haus D

Ziel	Schaffung von zusätzlichen Betten, Therapieräumen etc.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamter Betrieb
Projekt: Laufzeit (von…bis)	
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Methodik	Workshops, Baubegehungen, Infoveranstaltungen
Involvierte Berufsgruppen	Geschäftsleitung, Architekten, alle verantwortlichen Mitarbeitenden
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufend

Wyss goes Cloud

Ziel	Gemeinsames Projekt der Wyss-Gruppe mit dem Ziel, einen modernen, digitalen, sicheren Arbeitsplatz zu schaffen für Büro, unterwegs, Homeoffice. Synergien durch gut ausgebauten, pro-aktiv verwalteten Server-Standort im ISO 27001 zertifizierten Green Data-C
Bereich, in dem das Projekt läuft	Wyss-Gruppe, Geschäftsleitung, IT, gesamter Betrieb
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2023 - 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Synergien aus den versch. Gesellschaften nutzen und verbinden.
Methodik	Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	alle Mitarbeitenden
Evaluation Aktivität / Projekt	Analyse der Anforderungen, Vorbereitung und Test der eingesetzten Software.

Vertiefung Biofeedbacktherapie

Ziel	Verbesserung der Patientinnenversorgung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Medizin, Pflege
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Therapie- und Trainingsmethode, welche mit Hilfe von computergestützten Geräten, die unbewussten Körperfunktionen, wie Muskelspannung, Sauerstoffgehalt, Puls, Herzfrequenz, Körpertemperatur, Hautwiderstand und Atmung misst.
Methodik	Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Psychologen, Ärzte, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Erweiterung und Schulung der eingeführten und bewährten Therapie nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Führungskräfteweiterbildung

Ziel	Führungskräfte mit den nötigen Fähigkeiten und Kenntnissen auszustatten, um effektiv im komplexen Umfeld der Psychiatrie zu führen.
Bereich, in dem das Projekt läuft	alle Mitarbeitenden
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Führungskräfte in der Psychiatrie benötigen ein breites Verständnis für komplexe psychische Gesundheitsprobleme, um angemessen auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Mitarbeitenden eingehen zu können.
Methodik	Schulung / Weiterbildung
Involvierte Berufsgruppen	Führungskräfte aus allen Bereichen
Evaluation Aktivität / Projekt	Schulungen durchgeführt, weitere und Aufbauschulungen folgen

Fragebogen Psychologie über Tablet

Ziel	Abfrage der psychologischen Fragebogen über Tablet mit Implementierung direkt in Polypoint
Bereich, in dem das Projekt läuft	Medizin
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Dies ermöglicht eine effiziente und präzise Erfassung der Daten sowie eine patientenorientierte Erfahrung während des Erfassungsprozesses.
Methodik	Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	PsychologInnen, Ärzte, IT, Geschäftsleitung, Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Auswahl der Fragebogen, die sich dafür eignen

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Beginn der Kooperation mit neuer Apotheke

Ziel	Zusammenarbeit mit neuer Apotheke sowie neuer Fachtechnisch verantwortlicher Person inkl. Onlinebestellungen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Medizin, Pflege
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022 - 2023
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Verbesserung vorhandener Strukturen (Bestellung Medikamente über Webapplikation, Fehlermanagement, Schulungen, Lieferung durch Fahrradkurier)
Methodik	Interdisziplinäres Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Geschäftsleitung, Ärzteschaft, Pflege, Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich abgeschlossen

Erhalt der Leistungsaufträge (Spitallisten) des Konkordats Zug, Schwyz, Uri sowie Zürich

Ziel	Behandlung der Patientinnen mit obligatorischer Krankenpflegeversicherung (Konkordat: Behandlung auch adoleszenter Frauen)
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamter Betrieb
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2023 - 2026
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
Begründung	Die Finanzierung durch Krankenkassen und öffentliche Mittel sichern und das Vertrauen der Patientinnen. Zudem signalisiert der Erhalt hohe Qualitätsstandards.
Methodik	Offizielle Bewerbung bei den Kantonen.
Involvierte Berufsgruppen	Geschäftsleitung
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich abgeschlossen.

Spitalhygiene 2.0

Ziel	Etablierung eines Hygienekonzeptes sowie Beauftragung von Hygienebeauftragten
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Medizin, Bereich Hauswirtschaft
Aktivität: Laufzeit (seit…)	seit 2020
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Gewährleistung einer hochwertigen Spitalhygiene
Methodik	Interdisziplinäres Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Medizinische Leitung, Hygiene-Beauftragten, Hygiene-Ansprechpartner des Kantonspitals Zug, Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsenwticklung, Bereich Hauswirtschaft
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich abgeschlossen. Anpassungen laufend nach Bedarf.
Weiterführende Unterlagen	Projektdokumentation

Konzept Suizidprävention inkl. Geschäftsprozess Bewegungseinschränkende Massnahmen

Ziel	Sichere Behandlung von suizidgefährdeten Patientinnen sowie Massnahmen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Medizin, Pflege, Psychologie
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022
Begründung	Abläufe müssen eindeutig beschrieben sein.
Methodik	Interdisziplinäres Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Geschäftsleitung, Ärzteschaft, PsychologInnen, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich abgeschlossen. Anpassungen laufend nach Bedarf.
Weiterführende Unterlagen	Projektdokumentation

Pandemieplanung

Ziel	Weiterentwicklung und Umsetzung des Pandemieplans
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamter Betrieb
Aktivität: Laufzeit (seit…)	seit 2020
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Anpassung des Pandemieplans an die behördlichen und kantonalen Anforderungen zur COVID-19-Pandemie
Methodik	Strukturierte Taskforce-Arbeit
Involvierte Berufsgruppen	Geschäftsleitung, Medizinische Leitung, Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufend
Weiterführende Unterlagen	Projektdokumentation

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Ziel	Sicherheit und Gesundheitsschutz für Mitarbeitende sowie Patientinnen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamter Betrieb
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2007
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Die Klinikleitung ist verpflichtet, bei Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz alle Massnahmen einzuhalten.
Methodik	Audit, Arbeitsgruppen
Involvierte Berufsgruppen	Geschäftsleitung, Stabsstelle Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Qualitätsmanagement, Medizin, Pflege, Hauswirtschaft, Küche
Evaluation Aktivität / Projekt	Audit 2022 erfolgreich abgeschlossen. Arbeitsgruppe wurde gegründet.

Internes Weiterbildungscurriculum

Ziel	Dient der Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung sowie zum Austausch der Mitarbeitenden
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Medizin
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Kenntnisse und Fertigkeiten von komplexen Themenbereichen werden ausgebaut und trainiert.
Methodik	Interdisziplinäre Teamarbeit, Workshops, Referate
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Wird erfolgreich umgesetzt. Jährlich neue Planung.

Prozess Patientinneneintritt stationär, Austritt und Verlegungen in der Klinik Meissenberg

Ziel	Aktualisierung des Prozesses
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Triage, Medizin, Pflege, Administration, Qualitätsmanagement
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2012
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Abläufe für Patientinnen und alle Berufsgruppen werden transparent dargelegt.
Methodik	Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Geschäftsleitung, Triage, Medizin, Pflege, Administration, Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich abgeschlossen. Anpassungen laufend nach Bedarf.
Weiterführende Unterlagen	Projektdokumentation

Einführung Essbegleitung Pflege

Ziel	Einführung einer Essbegleitung für Patientinnen durch Pflegepersonal
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Pflege
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Vorbeugung von Konflikten, Unterstützung der Patientinnen
Methodik	Interdisziplinäres Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Ärzteschaft
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich abgeschlossen.

Meissenberg-Vortragsreihe

Ziel	Möglichkeit der Weiterbildung für interne und externe Interessierte
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Medizin, Psychologie
Aktivität: Laufzeit (seit…)	seit 2015
Begründung	Fachthemen können interdisziplinär betrachtet und diskutiert werden.
Methodik	Vorträge
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Psychologen, Pflege, Qualitätsmanagement, Administration
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufend

Elektronisches Patientendossier (EPD)

Ziel	Elektronisches Ablagesystem für behandlungsrelevante Informationen der Krankengeschichte.
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Medizin, Pflege, Finanzen
Aktivität: Laufzeit (seit…)	seit 2020
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Einführung EPD gemäss EDPG.
Methodik	Projektmanagement, Softwareimplementierung
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Psychologen, Pflege, Administration, Finanzen
Evaluation Aktivität / Projekt	Umsetzung erfolgt.

Einführung Diagnostikinstrument Sleepiz

Ziel	Erfassen der Schlaf- und Wachzeit, der Apnoen, des Blutsauerstoff Desaturationen (mittels SpO2) und der Pulsfrequenz der Patientinnen.
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Medizin, Pflege
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Ermöglicht eine bessere Entscheidung, ob eine Schlaf-Apnoe vorliegt.
Methodik	Diagnostikinstrument
Involvierte Berufsgruppen	Ärzteschaft, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich abgeschlossen.

Patientenzentriertes Wochenendangebot

Ziel	Erweiterung der Aktivitäten und des therapeutischen Spektrums am Wochenende für die Patientinnen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Therapie, Medizin
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2021
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Patientinnen auch am Wochenende die Möglichkeit geben, ein therapeutisches Angebot wahrzunehmen.
Methodik	Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Medizin, Therapeuten, PsychologInnen, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Wird erfolgreich umgesetzt.

Provisorische Anerkennung Ambulatorium als Weiterbildungsstätte in Kategorie B der FMH

Ziel	Anerkennung Ambulatorium als Weiterbildungsstätte in Kategorie B der FMH
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamter Betrieb
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Höhereinstufung, verbessertes Angebot
Methodik	Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Ärzteschaft, PsychologInnen
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufend.

Einführung Prozess Fensteröffnung- und schliessung

Ziel	Einschränkung der Unfall- und Suizidgefahr.
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamter Betrieb
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Dient der Sicherheit.
Methodik	Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Technischer Dienst, Qualitätsmanagement, Hauswirtschaft, Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich abgeschlossen.
Weiterführende Unterlagen	Projektdokumentation

Interaktives Skillstraining für Borderline-Patientinnen

Ziel	Einführung eines interaktiven Skillstrainings (für Borderline- und weitere interessierte Patientinnen)
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Pflege
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Betroffene können Achtsamkeit, Stresstoleranz, Umgang mit Gefühlen, Selbstwert, zwischenmenschliche Fertigkeiten trainieren.
Methodik	Software, Arbeitsblätter
Involvierte Berufsgruppen	Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich abgeschlossen.

Lohngleichheitsanalyse

Ziel	Prüfung, ob eine Geschlechterdiskriminierung vorliegt
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Personalmanagement
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022
Begründung	Alle Schweizer Firmen wurden vom Bund mit einer Prüfung beauftragt. Ergebnis: Es gibt keine Geschlechterdiskriminierung in der KMAG.
Methodik	Analyse der Personaldaten
Involvierte Berufsgruppen	Personalmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich abgeschlossen.

Mitarbeitendenbefragung

Ziel	Informationsgewinnung für Verbesserungsmassnahmen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	alle Mitarbeitenden
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
Begründung	Potenziale identifizieren, Mitarbeiterbindung steigern, Reibungsverluste in den Abläufen beseitigen, die Führungsarbeit professionalisieren, das Engagement und die Loyalität der Mitarbeitenden erhöhen.
Methodik	Mittels Fragebogen durch die Firma icommit.
Involvierte Berufsgruppen	Personalmanagement, Geschäftsleitung
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich mit Zertifizierung "Swiss Arbeitgeber Award 2022" abgeschlossen.

Erneuerung und Erweiterung Therapieräume

Ziel	Modernisierung und Aufwertung der Therapieräume
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamter Betrieb
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2021 - 2023
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Renovierung und Vergrösserung älterer und kleiner Räume
Methodik	Vorschläge der TherapeutInnen in Zusammenarbeit mit Techn. Dienst und Hauswirtschaft werden berücksichtigt.
Involvierte Berufsgruppen	TherapeutInnen, techn. Dienst, Hauswirtschaft, Geschäftsleitung
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufend.

Weiterentwicklung des Dokumentationsmanagementsystems

Ziel	Optimierung des nicht-klinischen Dokumentationsverfahrens und Stärkung des Datenschutzes
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamter Betrieb
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2020 - 2023
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Die Dokumentationsstruktur sowie das Dokumentenmanagement wird an die aktuellen Bedürfnisse der Gruppen und die Cyber-Herausforderungen weiter angepasst und optimiert.
Methodik	Projektmanagement, Software/-Innovationsimplementierung
Involvierte Berufsgruppen	Stabsstelle Qualitätsmanagement, Abteilung IT-EDV, Geschäftsleitung
Evaluation Aktivität / Projekt	Erfolgreich abgeschlossen. Optimierungen laufend möglich.

Einführung Aromapflege

Ziel	Erweiterung des pflegerischen Angebots
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Pflege
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022 - 2023
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Aromapflege leistet einen weiteren Beitrag zur Erlangung der psychischen Gesundheit unserer Patientinnen.
Methodik	Weiterbildung des Pflegepersonals durch Workshops, Schulungen
Involvierte Berufsgruppen	Pflege
Evaluation Aktivität / Projekt	Umsetzung ist erfolgt.
Weiterführende Unterlagen	Projektdokumentation

IT: Firewall und Switches ersetzen

Ziel	Netzwerkverwaltung vereinfachen und zukünftige Erweiterungen ermöglichen
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamter Betrieb
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2023
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne/externe Aktivität.
Begründung	Verbesserung der Netzwerksicherheit. Erhöhung der Leistungsfähigkeit sowie Zuverlässigkeit des Netzwerks.
Methodik	Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	externes IT-Unternehmen, Geschäftsleitung, Technischer Dienst
Evaluation Aktivität / Projekt	Umsetzung ist erfolgt.

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
Zur Sicherung der Qualität wird in der KMAG seit 2016 CIRS angewendet.
Wir betrachten das CIRS-System als ein wichtiges Instrument einer offenen Fehlerkultur, die auf Prävention setzt. Neu eingetretene Mitarbeitende werden im Rahmen ihrer Einführung in das CIRS-System eingeführt.

Die Meldungen werden zeitnah in einer Excel-Liste erfasst, die von allen Mitarbeitenden eingesehen werden kann und an die zuständigen Stellen weitergeleitet. Verbesserungsmassnahmen werden ergriffen und deren Umsetzung regelmässig überprüft.

In den letzten 4 Jahren konnte ein Zielwert von 100% erreicht werden. Es wurden alle notwendigen Schritte erfolgreich umgesetzt.

4.4.3 Patient-reported outcome measures (PROMs)

Patient-reported Outcome Measures (PROMs) messen die von Patientinnen und Patienten individuelle, subjektive Wahrnehmung einer Behandlung auf die Lebensqualität. Neben anderen Indikatoren messen sie die Behandlungsqualität und geben ein Abbild der Lebensqualität der Patienten entsprechend ihren individuellen Werten, Präferenzen und Vorstellungen. Die Messung erfolgt mittels standardisierter, international validierter Fragebögen zum subjektiven Gesundheitszustand vor, während und nach einer Behandlung. Die Erfassung und Analyse von PROMs haben einen vielfältigen Nutzen. Sie helfen beispielsweise die Kommunikation und Shared-Decision-Making mit den Patienten zu verbessern. Zudem erhält das medizinische Fachpersonal eine zeitnahe Rückmeldung über den Behandlungserfolg aus Sicht des Patienten und kann weitere Schritte einleiten.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgenden PROM-Messungen durchgeführt/geplant:					
Krankheitsbild	**Leistungsbereich**	**Behandlungspfad(e)/Klinik(en)**	**Verwendete Score(s)**	**Seit/Ab**	**Kommentare**
Selbsteinschätzung der Symptombelastung der Patientinnen	Basispaket	Veränderung Symptombelastung der Patientinnen (Selbstbewertung)	BSCL	2013	Wird durch ANQ seit 2012 auf nationaler Ebene erhoben.

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	2020	Höherer Einstufung von Klinik C (2017) zu Kategorie B (2019).
EFQM-Zertifizierung	ganze Klinik	2020	2020	Zertifizierung Committed to Excellence
REKOLE® Zertifizierung	Kosten - und Leistungsrechnung	2021	2021	Erstzertifizierung IT-Technologie OPALE, Polypoint, Windows, MS Office
Provisorische Anerkennung Ambulatorium als Weiterbildungsstätte in Kategorie B der FMH	Medizin	2022	2022	
Heilmittelinspektion	ganze Klinik	2016	2021	
Swiss Arbeitgeber Award	ganze Klinik	2022	2022	Ergebnis der Mitarbeitendenbefragung
Arbeitssicherheit H+	ganze Klinik	2007	2021	
Amtliche Qualitätsbescheinigung für Lebensmittelbetriebe	Küche und Hotellerie	2009	2022	Höchste Bewertung: Sehr gut.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit).

5.1.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie für Erwachsene

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 der Erwachsenen in der Psychiatrie 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 Erwachsenenpsychiatrie

Fragen	Vorjahreswerte 2019	2021	2022	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2023 (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)?	4.10	4.10	4.30	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.70	4.60	4.60	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.30	4.40	4.50	– (–)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	3.90	3.80	3.90	– (–)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	4.30	4.40	4.20	– (–)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.20	4.40	4.40	– (–)
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				–
Anzahl eingetroffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* 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.

Die für das Jahr 2020 geplanten Patientenbefragungen in der Rehabilitation und Psychiatrie wurden infolge der Covid-19-Pandemie auf das Folgejahr (2021) verschoben. Danach gilt der reguläre 2-Jahres-Rhythmus wonach von Seiten ANQ in diesen Bereichen jeweils in den geraden Jahren eine Patientenbefragung stattfindet.

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 Ergebnisse werden in einem interdisziplinären Team analysiert und bewertet.
Daraus resultierende Massnahmen werden definiert und umgesetzt.

2023 fand keine nationale Patientenbefragung statt.

Die nächste Befragung erfolgt 2024.

Die Klinik Meissenberg ist am Pilotprojekt "Weiterentwicklung der Patientenbefragung" von ANQ beteiligt. Die Pilotmesssung startet im Herbst 2024

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 16 Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni – ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	▪ 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 Qualitätsverbesserung bei.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Die Befragung wurde in der ganzen Klinik durchgeführt. Alle stationären Patientinnen hatten die Möglichkeit an der Befragung teilzunehmen.
Die Patientenzufriedenheit wurde mit dem MüPF erhoben. Der Fragebogen stellt die verwendeten Items (inkl. klinikspezifischer Zu-satzitems) in einer Übersicht dar. Das Antwortformat ist eine 7-stufige Likert-Skala. Zwei Kommentarfelder bieten den Befragten die Möglichkeit, offen zu schildern, was sie an ihrem Aufenthalt in der Klinik besonders gut / positiv fanden respektive, was sie an der Klinik gestört hatte.

Tabelle 1: Fragebogen MüPF-27 stationär (Version 2019) mit Namen, Beschriftung und Skala der Zufriedenheitsitems.

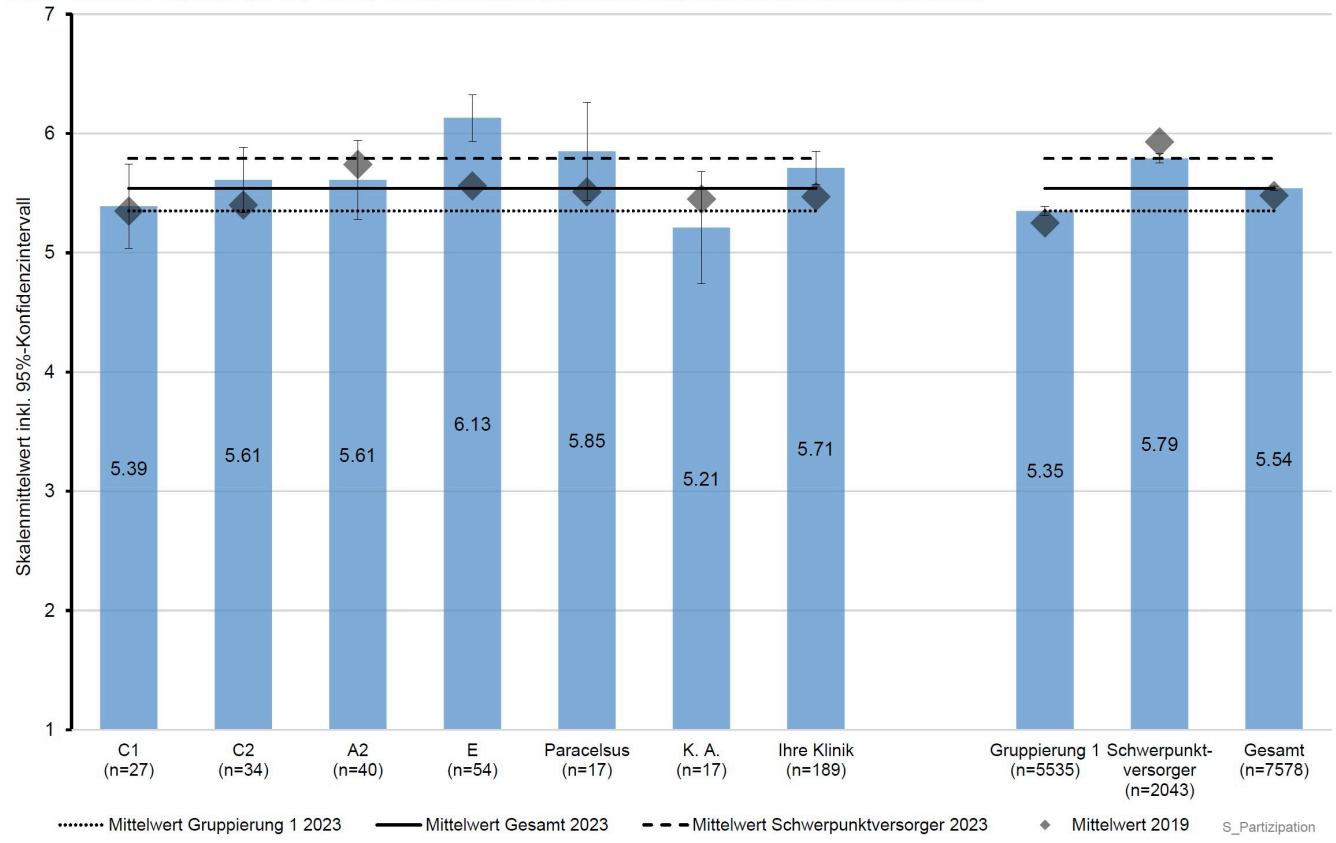
Itemname	Itembeschriftung	Skala
Item1	Ich konnte meine Situation im Aufnahmegespräch ausreichend darlegen.	Partizipation
Item2	Nach dem Eintritt wurde mir das weitere Vorgehen erklärt.	Partizipation
Item3	Das Wesen meiner Krankheit wurde mir erklärt.	Partizipation
Item4_neu	Ich erhielt verständliche Antworten auf meine Fragen zu meinem Zustand.	Partizipation
Item5	Bei der Therapieplanung konnte ich Einfluss nehmen.	Partizipation
Item6r [1)]	Meine Bewegungsfreiheit wurde unnötig eingeschränkt. (umgepolt)	Behandlung
Item7_neu	Die Wirkungen der Medikamente und mögliche Nebenwirkungen wurden mir verständlich erklärt.	Partizipation
Item8	Das Zusammenleben mit den Mitpatientinnen* empfand ich als hilfreich.	Infrastruktur
Item9_neu	Therapeutenwechsel wurden gut vorbereitet und durchgeführt (Ärztinnen* / Psychologinnen*).	Partizipation
Item10	Ich fühlte mich vom Klinikpersonal respektvoll behandelt.	Behandlung
Item11	Mit mir wurden Therapieziele/Behandlungsziele vereinbart.	Partizipation
Item12	Wie hilfreich empfanden Sie die Zusammenarbeit mit... Ihrer Ärztin*?	Zusammenarbeit
Item13	Wie hilfreich empfanden Sie die Zusammenarbeit mit... Ihrer Psychologin*?	Zusammenarbeit
Item14	Wie hilfreich empfanden Sie die Zusammenarbeit mit... Ihrer Pflegebezugsperson?	Zusammenarbeit
Item15	Wie hilfreich empfanden Sie die Zusammenarbeit mit... der Sozialarbeiterin*?	Zusammenarbeit
Item16	Wie hilfreich empfanden Sie die Zusammenarbeit mit...Ihren weiteren Therapeutinnen* (Bewegungs-, Gestaltungs-, Musik- und/oder Physiotherapie/Ergotherapie)?	Zusammenarbeit
Item17	Ich fühlte mich mit meinen körperlichen Beschwerden medizinisch gut betreut.	Behandlung
Item18	Auf die medikamentöse Therapie konnte ich Einfluss nehmen.	Partizipation
Item19_neu	Ich hatte keine Hemmungen, meiner Ärztin* / Psychologin* Fragen zu stellen.	Zusammenarbeit
Item20	Die Behandlung hat mir dabei geholfen, besser mit meinen Problemen	Behandlung
Item21	Die Zusammenarbeit zwischen meinen Angehörigen und dem betreuenden Personal entsprach meinen Bedürfnissen.	Zusammenarbeit
Item22_neu	Meine Nachbetreuung war gut organisiert.	Nachbehandlung
Item23	Die Vorbereitung auf die Entlassung entsprach meinen Bedürfnissen.	Nachbehandlung
Item24	Verglichen mit der Zeit, als ich in die Klinik eingetreten bin, ist mein Zustand jetzt...	Behandlung
Item25Zimmer	Wie zufrieden waren Sie mit... dem Zimmer?	Infrastruktur
Item25Essen	Wie zufrieden waren Sie mit... dem Essen?	Infrastruktur
Item25Gemein	Wie zufrieden waren Sie mit... den Gemeinschaftseinrichtungen?	Infrastruktur
Item25Rest	Wie zufrieden waren Sie mit... Restaurant/Cafeteria?	Infrastruktur
Item25Freizeitm	Wie zufrieden waren Sie mit... Freizeitmöglichkeiten?	Infrastruktur
Item25Sauber	Wie zufrieden waren Sie mit... Sauberkeit?	Zusatzitem Klinik
Item25Info	Wie zufrieden waren Sie mit... Information über An- und Abwesenheit des Sie betreuenden Personals?	Zusatzitem Klinik
empfehl	Ich würde diese Klinik weiterempfehlen.	Gesamtzufriedenheit
ges_zufr	Ich war insgesamt mit dem Aufenthalt in der Klinik...	Gesamtzufriedenheit

Anm: [1)] Item ist negativ formuliert und fliesst umgepolt in die Auswertung ein.
* Fusszeile im Fragebogen: «Der besseren Lesbarkeit wegen wird jeweils die weibliche Form genannt. Es sind alle Geschlechter gemeint. »

Patientenzufriedenheit MüPF-Benchmark stationär 2023 | Klinikbericht Klinik Meissenberg

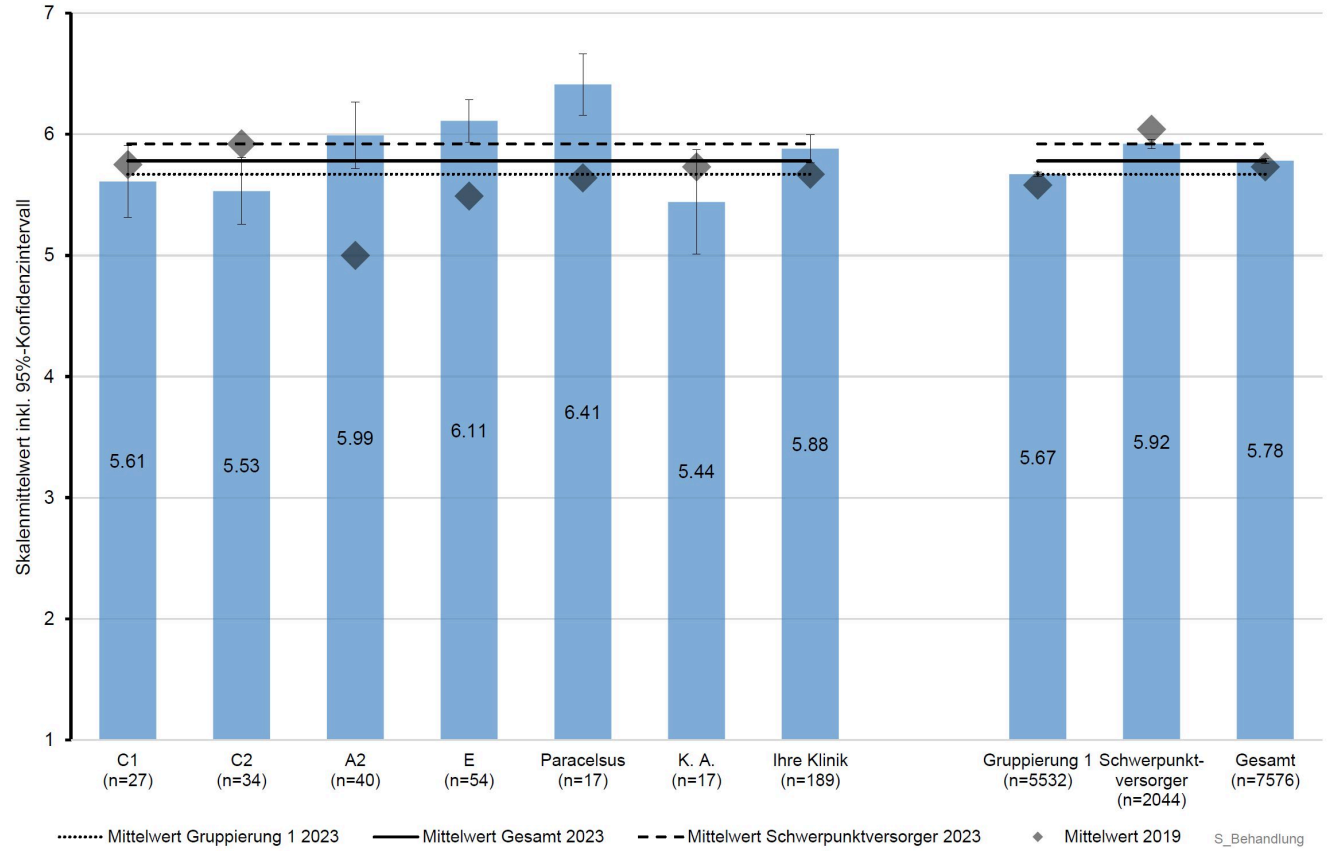
3.2 Skalen

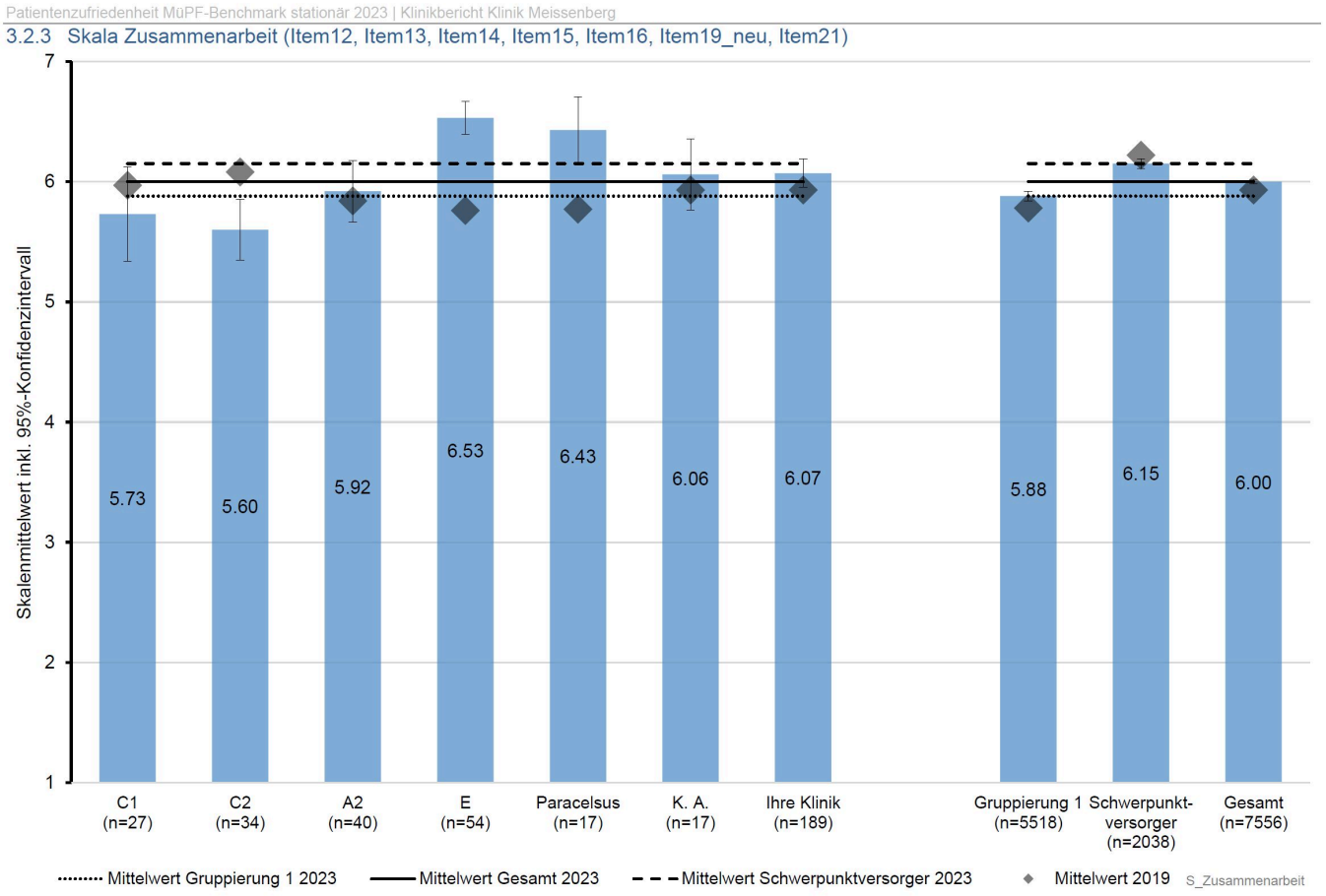
3.2.1 Skala Partizipation (Item1, Item2, Item3, Item4_neu, Item5, Item7_neu, Item9_neu, Item11, Item18)

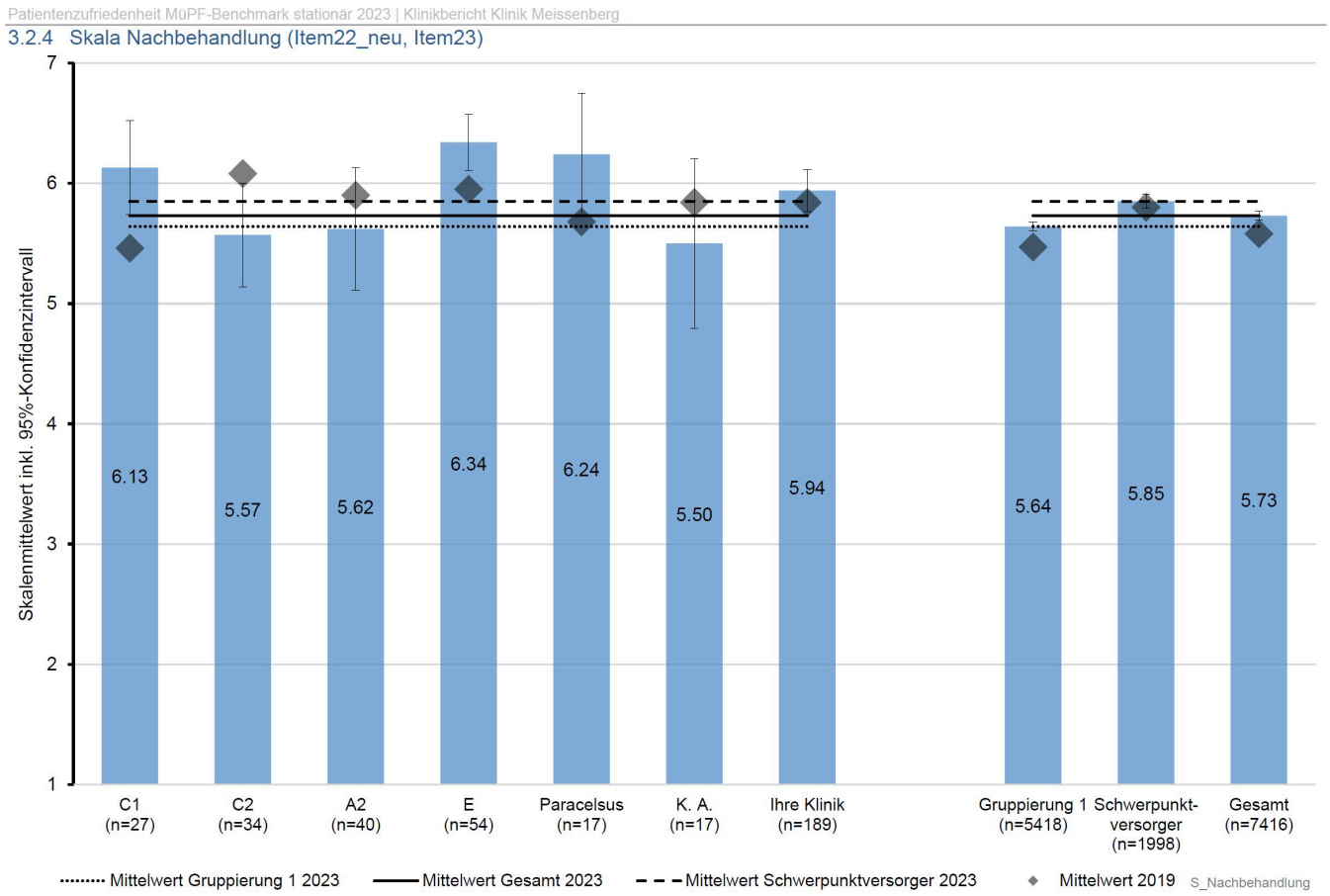


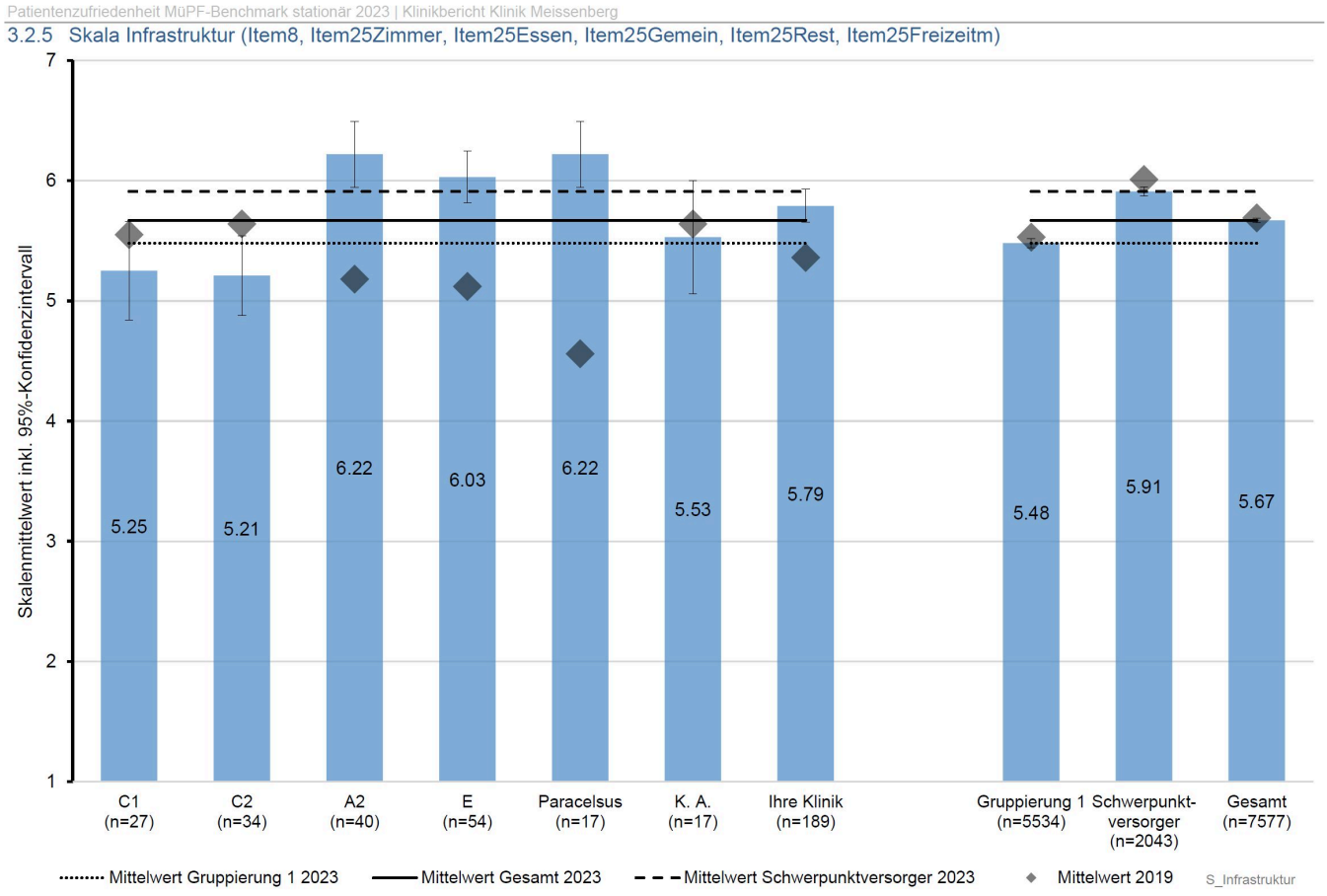
Patientenzufriedenheit MüPF-Benchmark stationär 2023 | Klinikbericht Klinik Meissenberg

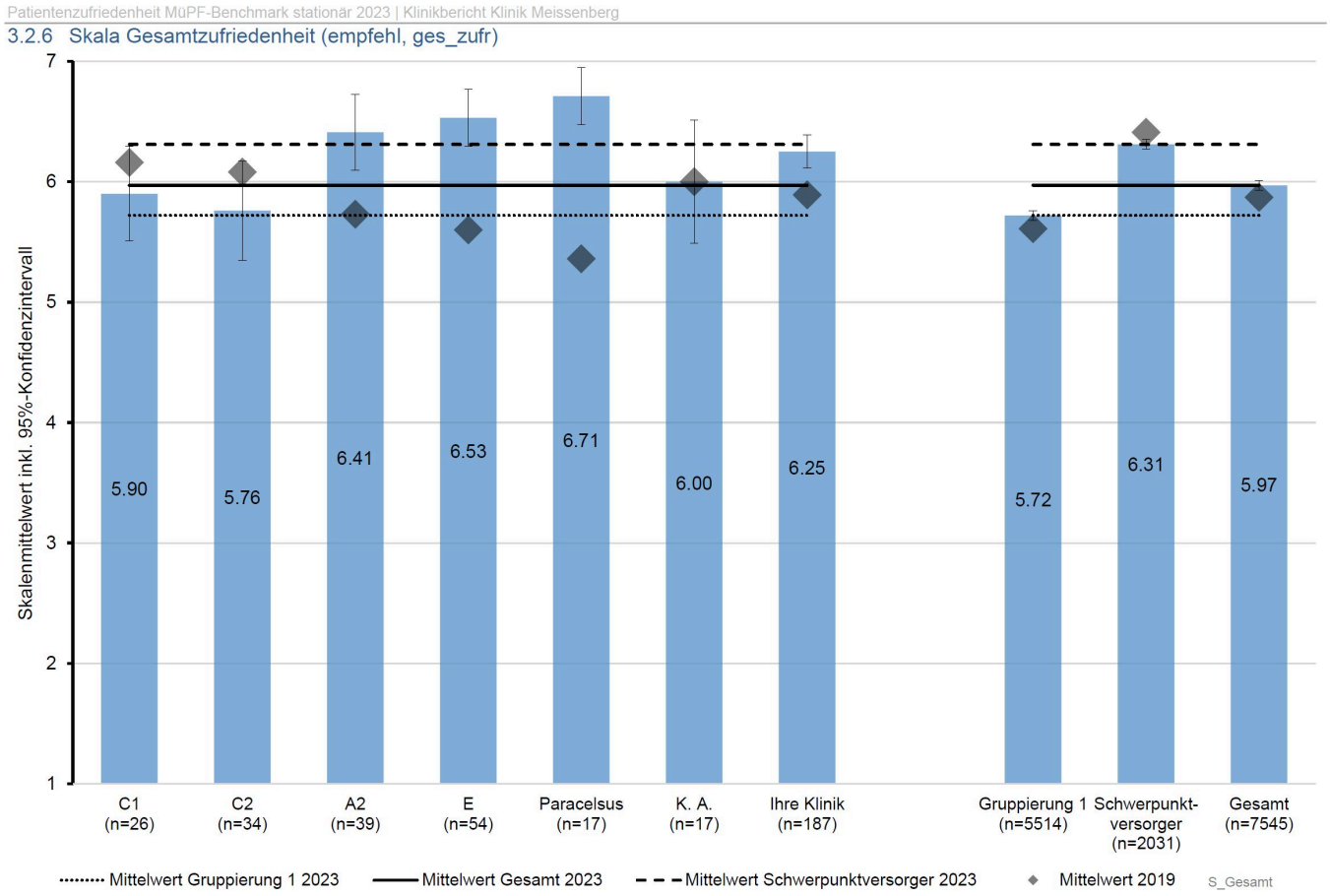
3.2.2 Skala Behandlung (Item6r, Item10, Item17, Item20, Item24)



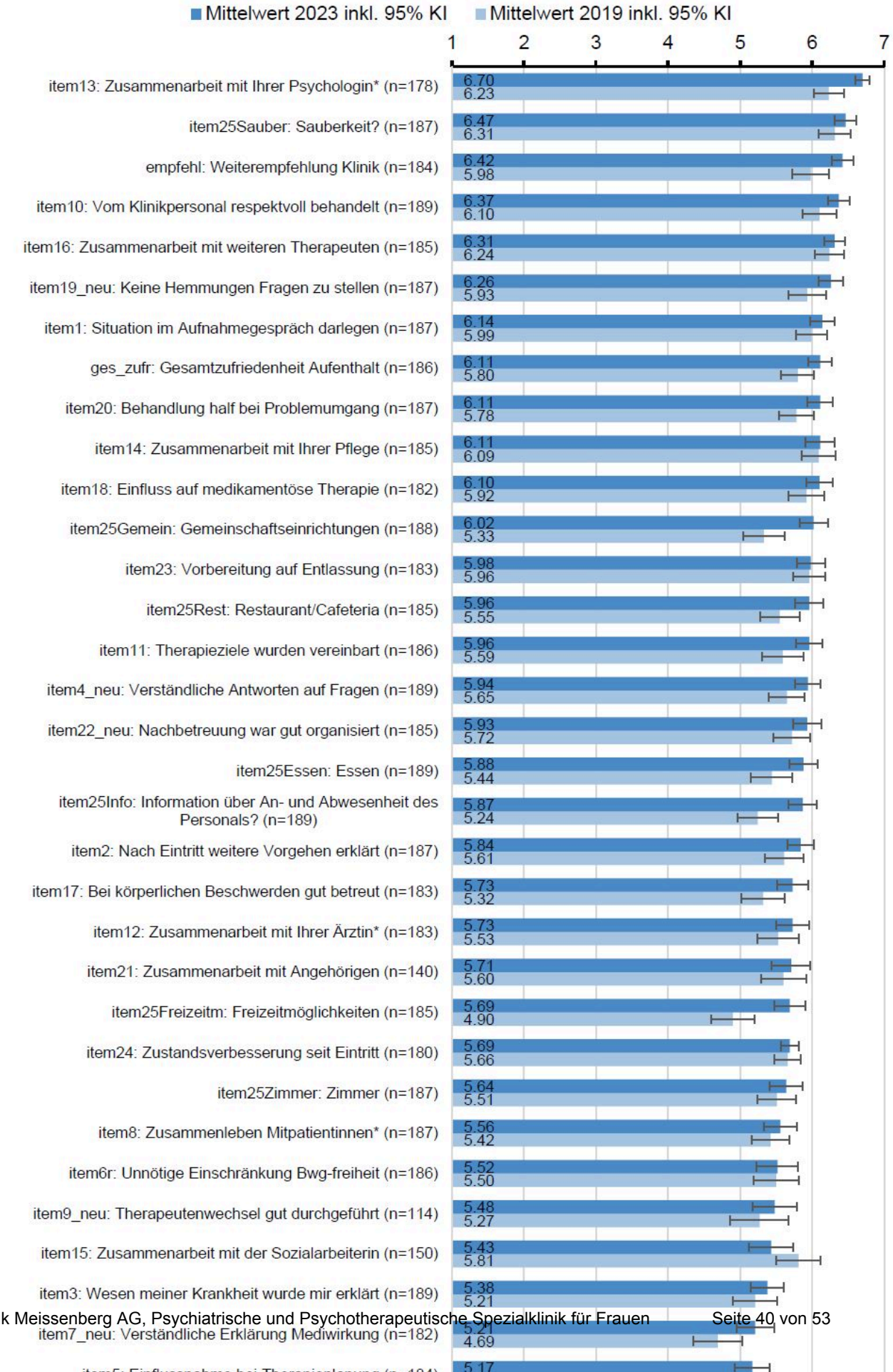

Patientenzufriedenheit MüPF-Benchmark stationär 2023 | Klinikbericht Klinik Meissenberg
3.2.3 Skala Zusammenarbeit (Item12, Item13, Item14, Item15, Item16, Item19_neu, Item21)
Skalenmittelwert inkl. 95%-Konfidenzintervall
7
6
5
4
3
2
1
5.73
5.60
5.92
6.53
6.43
6.06
6.07
5.88
6.15
6.00
C1 (n=27)
C2 (n=34)
A2 (n=40)
E (n=54)
Paracelsus (n=17)
K. A. (n=17)
Ihre Klinik (n=189)
Gruppierung 1 (n=5518)
Schwerpunkt-versorger (n=2038)
Gesamt (n=7556)
Mittelwert Gruppierung 1 2023
Mittelwert Gesamt 2023
Mittelwert Schwerpunktversorger 2023
Mittelwert 2019
S_Zusammenarbeit


Patientenzufriedenheit MüPF-Benchmark stationär 2023 | Klinikbericht Klinik Meissenberg
3.2.4 Skala Nachbehandlung (Item22_neu, Item23)
Skalenmittelwert inkl. 95%-Konfidenzintervall
7
6
5
4
3
2
1
6.13
5.57
5.62
6.34
6.24
5.50
5.94
5.64
5.85
5.73
C1 (n=27)
C2 (n=34)
A2 (n=40)
E (n=54)
Paracelsus (n=17)
K. A. (n=17)
Ihre Klinik (n=189)
Gruppierung 1 (n=5418)
Schwerpunkt-versorger (n=1998)
Gesamt (n=7416)
Mittelwert Gruppierung 1 2023
Mittelwert Gesamt 2023
Mittelwert Schwerpunktversorger 2023
Mittelwert 2019
S_Nachbehandlung


Patientenzufriedenheit MüPF-Benchmark stationär 2023 | Klinikbericht Klinik Meissenberg
3.2.5 Skala Infrastruktur (Item8, Item25Zimmer, Item25Essen, Item25Gemein, Item25Rest, Item25Freizeitm)
Skalenmittelwert inkl. 95%-Konfidenzintervall
7
6
5
4
3
2
1
5.25
5.21
6.22
6.03
6.22
5.53
5.79
5.48
5.91
5.67
C1 (n=27)
C2 (n=34)
A2 (n=40)
E (n=54)
Paracelsus (n=17)
K. A. (n=17)
Ihre Klinik (n=189)
Gruppierung 1 (n=5534)
Schwerpunkt-versorger (n=2043)
Gesamt (n=7577)
Mittelwert Gruppierung 1 2023
Mittelwert Gesamt 2023
Mittelwert Schwerpunktversorger 2023
Mittelwert 2019
S_Infrastruktur


Patientenzufriedenheit MüPF-Benchmark stationär 2023 | Klinikbericht Klinik Meissenberg
3.2.6 Skala Gesamtzufriedenheit (empfehl, ges_zufr)
Skalenmittelwert inkl. 95%-Konfidenzintervall
7
6
5
4
3
2
1
5.90
5.76
6.41
6.53
6.71
6.00
6.25
5.72
6.31
5.97
C1 (n=26)
C2 (n=34)
A2 (n=39)
E (n=54)
Paracelsus (n=17)
K. A. (n=17)
Ihre Klinik (n=187)
Gruppierung 1 (n=5514)
Schwerpunkt-versorger (n=2031)
Gesamt (n=7545)
Mittelwert Gruppierung 1 2023
Mittelwert Gesamt 2023
Mittelwert Schwerpunktversorger 2023
Mittelwert 2019
S_Gesamt

3.3.2 Übersicht Ergebnisse Einzelitems 2023 und 2019



Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Klinik Meissenberg erhebt die Zufriedenheit der ausgetretenen Patientinnen kontinuierlich. In dieser Benchmarkmessung wurden 189 Rückmeldungen aus 2023 berücksichtigt. 590 Patientinnen wurden zur Befragungsteilnahme eingeladen. Der relative Rücklauf beträgt 32,0 %.

Für jedes Item werden Häufigkeitsverteilungen und Mittelwerte inkl. 95% Konfidenzintervall berichtet. Die Mittelwerte der letzten Benchmarkmessung (2019) sind zum Vergleich jeweils mit aufgeführt. Bei jedem Item ist die Anzahl gültiger Antworten in der Beschriftung der X-Achsenelemente ausgewiesen. Zusammengefasst werden die Items nach sechs inhaltlichen Bereichen (Skalen) des MüPFs berichtet.

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
Stabsstelle Qualitätsmanagement
Anja Seidl
Prozess- und Qualitätsmanagement
+41 (0)41 726 58 90
anja.seidl@meissenberg.ch
Montag - Freitag
Kontaktieren Sie uns jederzeit bezüglich Anregungen oder Kritik - gerne auch online:
www.meissenberg.ch

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeitendenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden das Spital als Arbeitgeber/in und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeitendenbefragung durch die Firma icommit

icommit verfügt über die grösste Mitarbeiterbefragungs-Datenbank der Schweiz und bietet dadurch ein einzigartiges externes Benchmarking. 150 Unternehmen in der Schweiz und Liechtenstein haben an der der letzten Mitarbeiterbefragung 2022 teilgenommen, davon 14 Psychiatrien. Die Rücklaufquote der Mitarbeiterfragebogen in der Klinik Meissenberg lag bei 52%.
Ziel war eine Informationsgewinnung für Verbesserungsmassnahmen, um dadurch Potenziale zu identifizieren, die Mitarbeiterbindung zu steigern, Reibungsverluste in den Abläufen zu beseitigen, die Führungsarbeit zu professionalisieren sowie das Engagement und die Loyalität der Mitarbeitenden zu erhöhen.
Ergebnisse wurden im Qualitätsbericht 2022 publiziert.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2022 durchgeführt.
Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr 2025.
Die Befragung fand in allen Bereichen der KMAG statt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	icommit
Methode / Instrument	Fragebogen

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

12 Stürze

12.1 Eigene Messung

12.1.1 Interne Aufzeichnung/Sturzprotokolle

Durch ein klinikweites Sturzprotokoll werden alle Stürze kontinuerlich, detalliert gemeldet - unabhängig davon, ob diese für die Patientin Konsequenzen haben oder nicht.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.
Bereich Medizin (Patientinnenbehandlung Ärzte und Pflege)
Berücksichtigt wurde die Stürze aller Patientinnen der KMAG im Zeitraum vom 01.02.2022 bis 31.12.2022. Die Patientinnen waren alle Erwachsene (über 18 Jahre).

Im Berichtsjahr 2023 wurden 40 Stürze gemeldet.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Sturzmanagement-Protokoll

Messungen in der Psychiatrie

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 (FM) 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 Fachpersonen bei Anwendung Isolationen aus infektiologischen/somatischen Gründen, Fixierungen, Festhalten (nur Erwachsenenpsychiatrie) und Zwangsmedikationen (Medikation trotz Widerstand) sowie Bewegungseinschränkungen im Stuhl und im Bett (nur Erwachsenenpsychiatrie), wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2019	2020	2021	2022
Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	1.68	1.03	0.75	0.93
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2022				5

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind nur bedingt aussagekräftig. Kliniken, die alle FM gemäss ANQ-Vorgaben erfassen, weisen eine höhere Anzahl an FM auf. Die FM Daten werden zudem nicht risikobereinigt ausgewertet. Unterschiede bezüglich Leistungsangebot, Infrastruktur, Patientenkollektiv und Stichprobengrösse werden somit nicht ausgeglichen. Deshalb dürfen Kliniken nicht direkt miteinander verglichen werden. Der ANQ publiziert die Messergebnisse 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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Erwachsene	Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie.

15 Symptombelastung psychischer Störungen

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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten (Selbstbewertung).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

HoNOS Adults	2019	2020	2021	2022
Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis: Differenzwert (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	4.69	4.98	4.37	4.53
Standardabweichung Differenzwert (SD +/-)	5.12	4.72	4.19	4.63
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	-1.85	-1.45
Anzahl auswertbare Fälle 2022				523
Anteil in Prozent				98 %

Wertung der Ergebnisse:
- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2019	2020	2021	2022
Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen				
BSCL Behandlungsergebnis: Differenzwert (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	39.19	34.24	32.72	35.55
Standardabweichung Differenzwert (SD +/-)	31.53	32.50	33.15	31.98
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	2.81	6
Anzahl auswertbare Fälle 2022				314
Anteil in Prozent				59 %

Wertung der Ergebnisse:
- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

* Der dargestellte Vergleichswert (Vergleichsgrösse) gibt an, wieviel geringer oder grösser die

Reduktion der Symptombelastung jeder Klinik im Vergleich zum Durchschnitt der Vergleichsgruppe ist (Qualitätsparameter – Mittelwert).
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.

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind nur bedingt aussagekräftig.
Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie. Die Messergebnisse der Erwachsenenpsychiatrie werden nach Kliniktypen separat ausgewiesen.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Patientinnen der KMAG schätzen ihren Gesundheitszustand bei Austritt besser ein als beim Eintritt. Erkennbar durch die Verbesserung der Symptomatik im BSCL. Die fallführenden ÄrztInnen und PsychologInnen sind mit der Bewertung der Symptomverbesserung zwischen Ein- und Austritt zurückhaltender.

Im Fokus stehen jedoch unsere Patientinnen, die sich beim Austritt aus der KMAG gesünder fühlen. Wir möchten die Behandlungsqualität weiter optimieren. Deshalb wird diese laufend überprüft und angepasst. Dafür wurde auch unser internes Weiterbildungscurriculum geschaffen. Die Schulung der Fallführenden wurde bereits initiiert und erfolgt regelmässig.

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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patientinnen und 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 Entwicklung eines «Alarmierungsprozesses»

Ziel ist ein Alarmierungsprozess, um schnelle und koordinierte Reaktionen auf Notfälle zu erhöhen, wodurch die Sicherheit von Patientinnen und Mitarbeitenden erhöht wird.

Der Zeitplan ist 2023 - 2024.

Die involvierten Berufsgruppen sind Geschäftsleitung, Qualitätsmanagement, Ärzte, IT, Pflege.

Für die Mitarbeitenden verbessert er die Sicherheit, indem er schnelle Reaktionen auf Notfälle ermöglicht und klare Handlungsanweisungen gibt. Für die Patientinnen trägt er zur schnelleren und effizienteren Hilfeleistung bei, wodurch ihre Sicherheit und ihr Wohlbefinden in akuten Situationen gewährleistet wird.

Die Umsetzung ist für 2024 geplant.

18.1.2 Erweiterung Klinik Meissenberg - «Ersatzneubau» Haus D

Ziel ist die Erweitung der Kapazitäten sowie die räumliche Weiterentwicklung zur Schaffung einer angenehmen, modernen Atmosphäre für Patientinnen und MitarbeiterInnen

Der Zeitplan ist 2021 - 2026.

Die involvierten Berufsgruppen sind Geschäftsleitung, Technik, Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pflege.

Die Klinik möchte sich räumlich weiterentwickeln und ihre Kapazitäten erweitern. Es ist ein Neubau für Patientinnenzimmer (Haus D) mit Tiefgarage vorgesehen. Dadurch kann künftig die Parkierung mehrheitlich unterirdisch untergebracht werden. Ein bestehendes Gebäude (Haus C), wird bis auf den Sockel rückgebaut und gleichenorts wiederaufgebaut, so dass das Ensemble mit der schützenswerten Villa aufgewertet und an die heutigen Bedürfnisse angepasst werden kann. Die übrigen Bestandesbauten werden aufrechterhalten und teilweise umgebaut. Der grösste Teil der Gebäude innerhalb des Bebauungsplanperimeters wird für die Klinik genutzt. Das Gebäude F wird wie bisher als Wohnhaus genutzt.

Das Projekt wird extern durch Diener & Diener Architekten AG, Basel, und August + Margrith Künzel Landschaftsarchitekten AG, Binningen begleitet.

18.1.3 Projekt Menübestellungssystem «Sanalogic»

Ziel sind Automatisierungen im Verpflegungsmanagements mittels des Menübestellungssystems Sanalogic.

Der Zeitrahmen ist 2023 bis 2025.

Die involvierten Berufsgruppen sind Geschäftsleitung, Hotellerie.

Sanalogic automatisiert Aufgaben im Verpflegungsmanagement in Grosseinrichtungen des Gesundheitswesens. Dies umfasst die Küchenproduktionsplanung und -steuerung, mit besonderem Fokus auf die Vermeidung unproduktiver Verwaltungstätigkeiten. Patientinnen können ihre Menübestellungen direkt über Tablets vornehmen, wobei Spezialkost im System berücksichtigt wird. Auch die Bestellungen und Abrechnungen der Mitarbeitenden sollen direkt über Sanalogic erfolgen.

Teile des Projektes wurden bereits umgesetzt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

18.2.1 Projekt Weiterentwicklung «Therapieplanung» mit Schwerpunkt Spezialtherapien

Das Ziel des Projektes war die Optimierung der Abläufe und Ausbau der **Therapieplanung** inkl. Einführung neuer Therapien. Strukturen und Prozesse wurden neu definiert, vereinfacht und übersichtlicher gestaltet.

Der Zeitplan war 2021 - 2023.

Involvierte Berufsgruppen: Medizin, Psychologie, Medizinisches Sekretariat, Qualitätsmanagement

Die Projektleitung lag in den Händen einer externen Beraterin und wurde von der Geschäftsleitung begleitet und überwacht. Die Beteiligung aller betroffenen Mitarbeitenden konnte konstruktiv genutzt werden. So konnte ein detailliertes Umsetzungskonzept erstellt werden.

Die Umsetzung innerhalb der Klinik ist im Februar 2023 erfolgt und konnte sich gut etablieren. Vorteile der zentralen Therapieplanung: Optimale Terminierung der Patientinnen, administrative Entlastung der TherapeutInnen, effiziente Raumnutzung. Optimierungen werden bei Bedarf kurzfristig durchgeführt. Es wurden 2 neue Stellen für Therapieplanung geschaffen.

18.2.2 Entwicklung eines Konzeptes zum Behandlungsschwerpunkt «Essstörungen» in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Zug

Ziel war die Schaffung eines neuen Behandlungsschwerpunktes **Essstörungen**.

Der Zeitplan war 2022 - 2023.

Involvierte Berufsgruppen: Geschäftsleitung, Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pflege.

Durch ein interdisziplinäres Projektmanagement in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Zug Entwicklung eines Konzeptes zum Behandlungsschwerpunkt Essstörungen. In diesem Zusammenhang erfolgte auch der Umbau der Küche im Haus E mit dem Hintergrund zur Durchführung einer Kochgruppe im Rahmen der Behandlung von Essstörungen. D

Die Umsetzung erfolgte Anfang 2023. Optimierungen werden bei Bedarf kurzfristig durchgeführt.

18.2.3 Entwicklung eines neuen pflegerischen Angebotes «Aromapflege»

Das Ziel des Projektes war die Entwicklung eines neuen pflegerischen Angebotes **Aromapflege.**

Der Zeitplan war 2022 - 2023.

Die involvierten Berufsgruppen waren Pflege, Medizinische Leitung, Qualitätsmanagement

Das Projekt wurde erfolgreich umgesetzt. Aromapflege leistet einen weiteren Beitrag zur Erlangung der psychischen Gesundheit unserer Patientinnen. So fördert die Anwendung von Aromapflege das Wohlbefinden und die Entspannung von Patienten durch den gezielten Einsatz ätherischer Öle, die beruhigend, anregend oder schmerzlindernd wirken können. Das Behandlungsangebot wird gut angenommen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Weiterentwicklung der «Qualitätsstandards» der Klinik Meissenberg

Das Ziel des Projektes ist die Weiterentwicklung der **Qualitätsstandards** der Klinik Meissenberg - Steigerung der Qualität der Patientinnenversorgung durch die Anerkennung: Qualified by **EFQM**

Der Zeitplan ist 2023 - 2024.

Involvierte Berufsgruppen: Geschäftsleitung, Qualitätsmanagement, alle Bereiche der Klinik

Die EFQM-Verbesserung umfasst eine detaillierte Bewerbung bei einem externen Anbieter (SAQ Swiss Association for Quality) und ein anschliessendes Assessment, um Stärken und Schwächen zu identifizieren.

Die Fortschritte werden kontinuierlich überwacht und angepasst, um eine ständige Verbesserung der Qualität und Effizienz zu gewährleisten.

19 Schlusswort und Ausblick

Ein Portrait der Klinik Meissenberg sowie weitere hilfreiche **Informationen**, wie

- Fachgebiete
- Fachpersonen
- Meissenberg-Storys
- Aktuelles und Veranstaltungen
- Meissenberg-Podcasts

finden Sie auf unserer Website: **www.meissenberg.ch**

Hier publizieren wir auch regelmässig spannende, interessante und herausfordernde Jobs in einem wunderschönen Umfeld!

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: Jahresbericht

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzstörungen
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Bemerkungen

Grundsätzlich behandeln wir Patientinnen ab 18 Jahren. Adoleszente Patientinnen aus den Kantonen UR/SZ/ZG nehmen wir nach Absprache mit der zuständigen Triage auf. Die Einschätzung erfolgt dabei individuell nach dem Einzelfall durch die Triage der Klinik Meissenberg.

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 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.