

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 2015.

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2015

Herr
Severin Cucco
Stabsstelle Organisation und Management
062 738 60 47
scu@kih.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitalertritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligten sich ebenfalls.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methode / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

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 2015	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	13
4.5 Zertifizierungsübersicht	13
QUALITÄTSMESSUNGEN	14
Befragungen	15
5 Patientenzufriedenheit	15
5.1 Eigene Befragung	15
5.1.1 Zuf 8, Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit	15
5.1.2 Zufriedenheit Gefässe	15
5.1.3 QuaTheSI Patientenzufriedenheit	15
5.2 Beschwerdemanagement	16
6 Mitarbeiterzufriedenheit	17
6.1 Eigene Befragung	17
6.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit	17
7 Zuweiserzufriedenheit	18
7.1 Eigene Befragung	18
7.1.1 Erfassung der Zuweiserzufriedenheit	18
Behandlungsqualität	19
8 Psychische Symptombelastung	19
8.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	19
9 Projekte im Detail	21
9.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	21
9.1.1 Einführung KIS	21
9.1.2 Zusammenlegung Rückmeldungsinstrumente	21
9.1.3 Projektplanung und -steuerung überarbeiten	21
9.1.4 Internes Auditorenteam besetzen und schulen	21
9.1.5 Überprüfung der Einführung eines QM-Systems (BPM)	21
9.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015	22
9.2.1 Zuf8	22
9.2.2 Katamnese	22
9.2.3 Medikamentenlagerung	22
9.2.4 Patientenbriefkästen	22
9.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte	22
9.3.1 Rezertifizierung ISO 9001:2015	22
10 Schlusswort und Ausblick	23
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	24
Psychiatrie	24

Herausgeber 25

1 Einleitung

Geschichte der Klinik Im Hasel

Die Klinik Im Hasel, ein Haus der Von Effinger Stiftung, wurde 1973 eröffnet, 1990 erweitert und 2010 umfassend saniert. In ihrer über 40 jährigen Geschichte entwickelte sie sich zur führenden Institution der stationären Behandlung von Menschen mit Substanzstörungen im Kanton Aargau. Zur Leistungserweiterung wurde 2011 das Ambulatorium in Lenzburg eröffnet, und im Jahr 2014 folgte die Einweihung der Tagesklinik in Lenzburg. Die Klinik Im Hasel AG wurde zum 01.01.2014 als gemeinnützige AG gegründet. Die Von Effinger Stiftung besitzt 100% der Anteile. Der Verwaltungsrat der einzelnen Aktiengesellschaften setzt sich wie folgt zusammen: 1 Stiftungsrat als Präsident des Verwaltungsrates, Vorsitzende(r) der Geschäftsleitung als Mitglied und Delegierte(r) des Verwaltungsrates sowie 1 externe Person. Die Klinik Im Hasel AG ist spezialisiert auf Sucht- und Traumatherapien. Dies beinhaltet alle Formen von Substanzstörungen, Alkohol, Medikamente und illegale Substanzen sowie stoffungebundene Abhängigkeiten, wie pathologisches Spielen, Internet-/Kaufsucht.

Struktur, Fakten und Zahlen

Die Klinik Im Hasel AG ist auf der Spitalliste des Kantons Aargau. Sie bietet im stationären Bereich 52 Therapieplätze an. Es werden Therapiebehandlungen mit einer Dauer von 8 – 24 Wochen angeboten. Im Ambulatorium Lenzburg werden pro Jahr ambulante Leistungen für ca. 900 Patienten erbracht. Die Tagesklinik Lenzburg bietet 13 teilstationäre Behandlungsplätze und schliesst die Lücke zwischen ambulantem und stationärem Angebot.

Leitbild der Klinik Im Hasel

Unserem therapeutischen Handeln liegt ein humanistisches, von Empathie getragenes Menschenbild zugrunde. Wir respektieren unsere Patientinnen und Patienten als vollständiges, gleichwertiges Gegenüber, versuchen ihre Gefühle und Bedürfnisse verstehend wahrzunehmen und sie auf dem Weg aus der Sucht zu mehr Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu begleiten. Unsere Einrichtung geht sensibel mit der oftmals von Opfer- und Gewalterfahrung geprägten Lebensgeschichte um und hilft den Patientinnen und Patienten dabei, neue sichere Wege zu gehen. Wir anerkennen die Vielfalt der Weltanschauungen, der religiösen Ausrichtungen, der Werte und Lebensziele und begegnen diesen mit Respekt und Toleranz. Wir sind offen für die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe. Die rollen- und geschlechtsspezifischen Bedürfnisse werden im therapeutischen Prozess berücksichtigt. Wir begleiten unsere Patientinnen und Patienten in ihrem Therapieprozess respektvoll und engagiert und unterstützen so ihre Genesung.

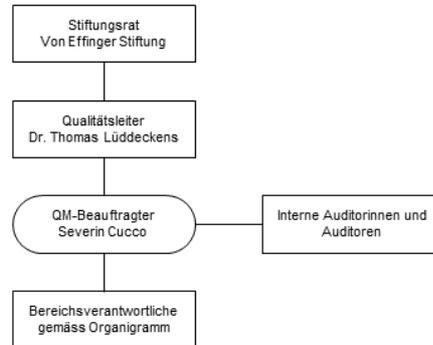
Qualitätsmanagement

Die Klinik Im Hasel AG ist seit dem Jahr 2003 ISO 9001, BSV und QuaTheDA zertifiziert. Sie führt seit 2005 Messungen zur Klientenzufriedenheit (QUATHESI) durch, die extern und unabhängig ausgewertet und mit den anderen teilnehmenden Institutionen verglichen werden. Seit dem Jahr 2012 nimmt die Klinik Im Hasel AG an den nationalen Qualitätsmessungen ANQ teil.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **50** Stellenprozente zur Verfügung.

Bemerkungen

Der CEO ist der Qualitätsleiter und sichert das Qualitätsmanagement auf der obersten Ebene ab. Die Stabsstelle Organisation & Management ist die qualitätsbeauftragte Stelle, welche die internen und externen Audits betreut und die Linien in Qualitäts- und Management-Fragen unterstützt. Die Bereichsverantwortlichen übernehmen für ihre Abteilungen die inhaltliche Verantwortung und erstellen mit ihrem Team alle notwendigen Prozesse und Hilfsmittel.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. Thomas Lüddeckens
CEO
Klinik Im Hasel AG
062 738 60 00
info@kih.ch

Herr Severin Cucco
Stabsstelle Organisation & Management
Klinik Im Hasel AG
062 738 60 47
scu@kih.ch

3 Qualitätsstrategie

Als Spital ist die Klinik Im Hasel AG den WZW Kriterien verpflichtet. Das Therapieprogramm besteht im Kern aus evidenzbasierten Inhalten und orientiert sich an den Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften. Die Klinik Im Hasel AG hat in allen Bereichen ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem etabliert und entwickelt dieses permanent weiter. Das Qualitätsmanagementsystem orientiert sich am QuaTheDA-Referenzsystem, der Qualitätsnorm für die Suchthilfe, Prävention und Gesundheitsförderung des BAG. Für die kontinuierliche Weiterentwicklung und Überwachung ist der QM-Beauftragte und die entsprechende Bereichsleitung zuständig.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015

Durch die Klinik-Erweiterungen am Standort Lenzburg (Ambulatorium und Tagesklinik) wurde eine Überprüfung der Organisation nötig. Aufgrund dessen wurde die Organisation in eine Matrixorganisation umgewandelt. Die neue Organisationsform ist abgestimmt auf die im Tagesgeschäft wichtigen Kernprozesse welche an den jeweiligen Standorten erbracht werden, sowie die Management- und Supportprozesse welche standortübergreifend angeboten werden.

Ab Herbst 2015 werden zwei Mal jährlich zusätzlich zu den internen Audits sogenannte QM-Besprechungen durchgeführt, wobei es sich dabei um eine aktive Unterstützung der Linienverantwortlichen handelt. Es besteht die Möglichkeit, Unklarheiten zu beseitigen, den aktuellen Stand auszutauschen, Hilfe anzufordern oder weitere Schritte und Massnahmen zu definieren oder zu kontrollieren.

Zudem wurden die Änderungen der ISO-Norm 9001:2015 für die Rezertifizierung verfolgt. Diese fliessen bereits seit Herbst 2015 in die neuen Prozesse und Hilfsmittel ein.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

In der Therapieevaluation konnte mit dem Zuf8 ein gutes Instrument gefunden werden, um die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten erfassen zu können. Die Ergebnisse auf Fragen wie: "Würden Sie die Klinik weiterempfehlen?" geben eine Rückmeldung über die Gesamtzufriedenheit und stellen eine geeignete Ergänzung zu den bestehenden Evaluationstools dar.

Die neu eingeführten Katamnese-Erhebungen liefern nach 3/6/12 Monaten erste Ergebnisse. Die Erhebungen nach Austritt werden als wichtige Informationsquelle angesehen.

Die Medikamentenlagerung konnte in einem separaten, gesicherten und gekühlten Raum umgesetzt werden.

Die Postfachanlage für die Patientinnen und Patienten konnte realisiert und in Betrieb genommen werden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Es wird ein Klinikinformationssystem (KIS) eingeführt. Mit dem KIS sollen die Arbeiten effizienter, die Datenmengen strukturierter und die Fehlermöglichkeiten reduziert werden. Das KIS-Projekt wird ein Grossteil der Ressourcen in den Jahren 2016 und 2017 in Anspruch nehmen.

Im Jahr 2016 soll das interne Auditteam verstärkt werden und auf die in der Normrevision relevanten Punkte geschult werden. Ein Auditprogramm für die nächsten drei Jahre soll die Umfänglichkeit und die Kontinuität in den internen Audits sicherstellen sowie gewährleisten, dass die Kompetenzen der Auditoren an den geeignetsten Stellen eingesetzt werden können.

Das interne Projektmanagement soll vermehrt auf die Plan-Do-Check-Act Planung und auf die genau Zielbenennung ausgelegt werden. Zudem sollen die unterschiedlichen Projektbeteiligungen der verschiedenen Mitarbeitenden in einem Tool ersichtlich sein.

Zur Unterstützung der Benutzerfreundlichkeit und zur Reduktion des administrativen Aufwandes wird der Zukauf eines Qualitätsmanagementsystems geprüft (bis anhin wird eine eigene Lösung betrieben).

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwachsenenpsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> – Symptombelastung (Fremdbewertung) – Symptombelastung (Selbstbewertung)

Bemerkungen

Wir führen keine freiheitseinschränkende Massnahmen durch und haben eine Dispens zur Erhebung derselben.

4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonale Vorgaben umgesetzt und folgende kantonale vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine

Bemerkungen

Die Klinik erstellt jährlich den Qualitätsbericht aufgrund der Vorlage von H+.

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>
▪ Zuf 8, Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit
▪ Zufriedenheit Gefässe
▪ QuaTheSI Patientenzufriedenheit
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterzufriedenheit
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Erfassung der Zuweiserzufriedenheit

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Einführung KIS

Ziel	Ein für die Anspruchspersonen geeignetes Hilfsinstrument evaluieren, aufbauen und implementieren
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Standorte
Projekte: Laufzeit (von...bis)	bis Ende 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt

Zusammenlegung Rückmeldungsinstrumente

Ziel	Beschwerden, Reklamationen und CIRS Meldungen an einem Orten gemeinsam Auswerten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Standorte
Projekte: Laufzeit (von...bis)	bis Ende 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Projektplanung und -steuerung überarbeiten

Ziel	Einheitliche Antragsstellung, klare Zielformulierung, Überwachung des Erfolges, der Kosten und der Ressourcen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Standorte
Projekte: Laufzeit (von...bis)	bis September 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Internes Auditorenteam neu besetzen und schulen

Ziel	Für jeden Bereich geeignete Auditorinnen und Auditoren auswählen. Interne Audits nach einem gemeinsamen Standard durchführen und auswerten. Fortlaufende Verbesserungen überprüfen und einleiten.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Standorte
Projekte: Laufzeit (von...bis)	bis Ende 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Überprüfung der Einführung eines QM-Systems

Ziel	Umsetzbarkeit im Verbund zum KIS prüfen, Kosten abschätzen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Standorte
Projekte: Laufzeit (von...bis)	bis Ende 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2013 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

Die Überprüfung des CIRS-Systems in einem externen Audit ist für das Jahr 2017 geplant.

4.5 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
ISO 9001:2008	Suchthilfe	2006	2013	Neues Audit im Juni 2016
QuaTheDA:2012 (B, I, II)	Suchthilfe	2006	2013	Neues Audit im Juni 2016

Bemerkungen

Lückenlos auf den 3. Juli 2016 wird die Zertifizierung nach der Norm 9001:2015 und QuaTheDA:2012 angestrebt. Neu wird die Klinik Im Hasel AG unabhängig von der Von Effinger Stiftung auditiert.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Eigene Befragung

5.1.1 Zuf 8, Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit

Der Fragebogen Zuf8 erhebt mittels 8 Fragen die Gesamtzufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Behandlung.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2015 in den Abteilungen „Stationäre Therapie Gontenschwil“, „Tagesklinik Lenzburg“ durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es handelt sich um ein internes Evaluationsinstrument.

5.1.2 Zufriedenheit Gefässe

Dieses Evaluationstool wird zur Erhebung der Zufriedenheit aller therapeutischen Gefässe eingesetzt. Die Patientinnen und Patienten können auf einer Likert-Skala mit einer Range von sehr zufrieden (+2) bis überhaupt nicht zufrieden (-2) ihre Zufriedenheit einstufen. Es stellt ein gutes und zeitnahes Evaluationsinstrument zur Optimierung und Qualitätsverbesserung der einzelnen Gefässe dar.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2015 in den Abteilungen „Stationäre Therapie Gontenschwil“, „Tagesklinik Lenzburg“ durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es handelt sich um ein internes Evaluationsinstrument.

5.1.3 QuaTheSI Patientenzufriedenheit

QuaTheSI untersucht die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit der besuchten Suchthilfeeinrichtung und der dort erhaltenen Beratung, Betreuung oder Behandlung. Das Projekt ist ein Bestandteil von QuaTheDA, dem Qualitätssicherungssystem des BAG für Institutionen der Suchttherapie.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2014 in der Abteilung „Stationäre Therapie Gontenschwil“ durchgeführt.

Die nächste Patientenbefragung erfolgt im Jahr 2016.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	ISGF, Institut für Suchtforschung
Methode / Instrument	QuaTheSI-I-40

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Im Hasel AG

Dr. Thomas Lüddeckens

CEO

062 738 60 00

tlu@kih.ch

6 Mitarbeiterzufriedenheit

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

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Mitarbeitendenbefragung nach einem standardisierten Fragebogen dient der Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit. Die Mitarbeiterzufriedenheit ist aufgrund der letzten Befragung Ende 2013 sehr hoch (bei einer Beteiligung an der Umfrage von 98%). Auch die niedrige Fluktuationsrate und die Auswertung der Rückmeldungen aus den Mitarbeitendengesprächen unterstützen diese Ergebnisse. Die Klinik führt alle 3 Jahre eine Mitarbeitendenbefragung durch.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2013 in allen Abteilungen durchgeführt. Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2016.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Pysmeta
Methode / Instrument	FEO Fragebogen zur Erhebung des Organisationsklimas

7 Zuweiserzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Erfassung der Zuweiserzufriedenheit

Die Zuweiserzufriedenheit wurde mittels eines selbsterstellten, strukturierten Fragebogens erhoben. Ziel ist es, die Bedürfnisse der zuweisenden Stellen zu erheben. Die Erhebung liess Rückschlüsse auf die unterschiedlichen Erwartungen der Zuweisergruppen zu. Die Rücklaufsquote lag bei 10.3%. Zudem wird ganzjährig die Entwicklung der Zuweisungen erhoben. Dadurch werden Unregelmässigkeiten festgestellt und können in einer persönlichen Rücksprache besprochen werden.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2014 in allen Abteilungen durchgeführt. Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2017.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

Behandlungsqualität

8 Psychische Symptombelastung

8.1 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 Tageskliniken und ambulante Angebote.

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

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

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

HoNOS Adults	2012	2013	2014	2015
Klinik Im Hasel AG				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	4.02	4.39	0.00
Standardabweichung (+/-)	-	7.22	6.75	0.00

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2012	2013	2014	2015
Klinik Im Hasel AG				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	14.27	17.18	0.00
Standardabweichung (+/-)	-	26.88	24.51	0.00

Wertung der Ergebnisse:

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das Messergebnis 2014 zeigt betreffend der Veränderungen des Differenzwertes HONOS und BSCL keine signifikante Unterscheidung vom Gesamtmittelwert aller Kliniken. Beide Werte befinden sich im positivem Bereich und der Behandlungserfolg (Differenzwert) wurde gegenüber den Werten des Erhebungsjahres 2013 höher bewertet.

Die Werte des Erhebungsjahres 2015 werden im September/Oktober 2016 erwartet.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung)
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie

9 Projekte im Detail

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

9.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

9.1.1 Einführung KIS

Das Projekt KIS ist das grösste aktuelle Projekt, es benötigt einen Grossteil der Projektressourcen in den kommenden zwei Jahren. Ziel ist es alle Aktivitäten, welche im Zusammenhang mit den Kernprozessen stehen, im Klinikinformationssystem zu integrieren oder anbinden zu können. Das Projekt startete im Herbst 2015 und wird voraussichtlich bis Ende 2017 dauern. Die Ist-Analyse und die Ausschreibung sind per Ende 2015 bereits abgeschlossen. Im Jahr 2016 steht nun die Evaluation und die ersten Schritte der Implementierung an. Die Implementierung findet über einzelne Module statt, welche nacheinander definiert, implementiert und geschult werden. Das Projekt betrifft mehr als 90% der Beschäftigten.

9.1.2 Zusammenlegung Rückmeldungsinstrumente

Bei den Rückmeldungstools handelt es sich um ein kleines Projekt, welches das Ziel hat, die unterschiedlichen Erfassungen zu bündeln und die Auswertbarkeit zu verbessern. Es existieren bereits unterschiedliche Rückmeldungsinstrumente wie CIRS-Meldungen oder das Beschwerdemanagement. Im Zuge einer Überprüfung der Tools werden diese kontrolliert und für ein einheitliches Auswertungstool vorbereitet. Aufgrund der Analyse wird ein einheitliches Auswertungstool ausgearbeitet. Das Projekt findet im kleinen Rahmen statt. Die Änderungen müssen der Belegschaft kommuniziert werden, zudem braucht es Arbeitsanleitungen als Unterstützung (Rückmeldung/Reklamation gleich Chance).

9.1.3 Projektplanung und -steuerung überarbeiten

Bei der Projektplanung und -steuerung handelt es sich um ein kleines Projekt, welches die Überlegungen für bestehende und neue Projekte besser lenken und die Evaluation der Projekterfolge erleichtern soll. Bis anhin wurde bereits eine Projektliste geführt, welche nun um die Zieldefinition, die Ressourcensteuerung und die Auswertung erweitert werden soll. Anfang 2016 gibt es einen Pilotversuch mit der Eingabe der ersten Projekte durch die Mitarbeitenden, wobei die Rückmeldungen in die neue Projektplanung einfließen. Die Neuerungen müssen gegenüber der Belegschaft kommuniziert und geschult werden.

9.1.4 Internes Auditorenteam besetzen und schulen

Es handelt sich um ein kleines Projekt innerhalb der QM-Organisation. Ziel ist es, gut ausgebildete Auditorinnen und Auditoren zu haben, welche selbstständig ihre Auditverantwortungen wahrnehmen. Die internen Audits sollen im Zeithorizont von drei Jahren alle relevanten Bereiche mindestens einmal überprüfen. Das interne Auditorenteam wird aus diesem Grund erweitert und im Auditieren geschult. Es braucht zudem zur Unterstützung neue Abläufe und Hilfsmittel. Eine Zusammenarbeit mit anderen Institutionen soll im Anschluss überprüft werden.

9.1.5 Überprüfung der Einführung eines QM-Systems (BPM)

Es handelt sich um ein Vorprojekt. Es soll der Aufwand und der Nutzen einer neuen QM Software abgeklärt werden, sowie die Umsetzbarkeit neben oder nach dem KIS Projekt überprüft werden.

9.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

9.2.1 Zuf8

Das Zuf8 ist als Erweiterung der Evaluationstools eingeführt worden, um zusätzlich zur QuaTheSI Erhebung und zur Therapiegefäßeerhebung schneller und häufiger Rückmeldung über die (Gesamt)-Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten zu erhalten. Das Projekt betraf das Evaluationsteam. Das Projekt konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Die Werte wurden bereits im Jahre 2015 erhoben und auf ihre Aussagekraft und das Verständnis des neuen Evaluationstools überprüft.

9.2.2 Katamnese

Die Katamnese wurde durch das Diagnostik-/Evaluationsteam ausgearbeitet und implementiert. Ziel ist es, eine Rückmeldung drei, sechs und zwölf Monate nach der Behandlung zu erhalten. Erste Rückmeldungen sind eingetroffen. Der Rücklauf gestaltet sich jedoch schwierig, weshalb zusätzlich zum ursprünglichen Projekt ein Motivationsinstrument eingeführt werden musste, um die Rückläufe zu erhöhen.

9.2.3 Medikamentenlagerung

Das Projekt wurde durch die Infrastruktur geleitet, unter der Mithilfe der Pflegeabteilungen. Zusätzlich zum Einzug in die neuen Räumlichkeiten der Pflegeabteilungen kann nun die Medikamentenlagerung mit Klima- und Kühlanlagen sichergestellt und mit einem elektronischen Messsystem überwacht werden.

9.2.4 Patientenbriefkästen

Das aus einem CIRS entstandene Projekt konnte erfolgreich umgesetzt werden. Ziel war es, eine daten- und persönlichkeitschutzkonforme Lösung für die Patientenpost zu finden. Für jede/-n stationäre/-n Patientin/Patienten wurde ein Briefkasten mit persönlichem Schloss (identisch mit dem Zimmerschlüssel) angeschafft und installiert.

9.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

9.3.1 Rezertifizierung ISO 9001:2015

Im Juni 2016 findet die Rezertifizierung der ISO Norm 9001 statt. Die Zertifizierung streben wir nach der aktualisierten Norm 9001:2015 an. Ab Bekanntgabe der Neuerung (im Sommer 2015) wurde eine Einführungsveranstaltung sowie eine Schulung zur neuen Zertifizierung besucht. Die wichtigen Änderungen wurden der Geschäftsleitung vorgestellt und es wurden Massnahmen zur Erfüllung eingeleitet. Das Hauptaugenmerk wird auf mögliche Risiken sowie die Plan-Do-Check-Act Thematik gelegt. Die Informationen wurden auf die Stufe Abteilungsverantwortliche weitergegeben, so dass sie in überarbeitete und neue Hilfsmittel einfließen können. Die Anpassungen finden nun laufend statt.

10 Schlusswort und Ausblick

Der Schwerpunkt liegt auf der erfolgreichen Implementierung eines massgeschneiderten Klinikinformationssystems.

Die Rekole-Zertifizierung wird auf Ende 2017 angestrebt.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot. Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

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

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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



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**).



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



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