
linik im hasel

Suchtmedizin

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2017
Thomas Lüddeckens, CEO und Chefarzt

Version 1

Klinik Im Hasel AG

www.klinikimhasel.ch



Psychiatrie

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2016.

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

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Herr
Severin Cucco
Stabsstelle Organisation & 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 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

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

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

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Impressum | 2 |
| Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz | 3 |
| 1 Einleitung..... | 6 |
| 2 Organisation des Qualitätsmanagements | 7 |
| 2.1 Organigramm | 7 |
| 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement | 7 |
| 3 Qualitätsstrategie..... | 8 |
| 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016 | 8 |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 | 8 |
| 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren..... | 9 |
| 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten | 10 |
| 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen | 10 |
| 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen | 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 Registerübersicht | |
| Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert. | |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht..... | 14 |
| QUALITÄTSMESSUNGEN..... | 15 |
| Befragungen | 16 |
| 5 Patientenzufriedenheit..... | 16 |
| 5.1 Eigene Befragung | 16 |
| 5.1.1 Zuf 8, Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit | 16 |
| 5.1.2 Zufriedenheit Gefässe..... | 16 |
| 5.1.3 QuaTheSI Patientenzufriedenheit | 17 |
| 5.2 Beschwerdemanagement | 17 |
| 6 Angehörigenzufriedenheit..... | 18 |
| 6.1 Eigene Befragung | 18 |
| 6.1.1 Zufriedenheitsbefragung der Angehörigen auf Teilaspekte der Behandlung..... | 18 |
| 7 Mitarbeiterzufriedenheit | 19 |
| 7.1 Eigene Befragung | 19 |
| 7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit..... | 19 |
| 8 Zuweiserzufriedenheit | 20 |
| 8.1 Eigene Befragung | 20 |
| 8.1.1 Erfassung der Zuweiserzufriedenheit..... | 20 |
| Behandlungsqualität..... | 21 |
| 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 | |
| Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant. | |
| 13 Wundliegen | |
| Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant. | |
| 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen | |
| Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag. | |
| 15 Psychische Symptombelastung..... | 21 |
| 15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie | 21 |
| 16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand | |

Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.

17 Weitere Qualitätsmessungen
 Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.

18 Projekte im Detail 23

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 23

18.1.1 Einführung KIS 23

18.1.2 Einführung eines QM-Systems 23

18.1.3 Auf die Kürzungen der Leistungen des Kantons reagieren 23

18.1.4 Die Zuweiserbefragung überarbeiten/sicherstellen 23

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 24

18.2.1 Projektplanung und -steuerung überarbeiten 24

18.2.2 Internes Auditorenteam besetzen und schulen 24

18.2.3 Überprüfung der Einführung eines QM-Systems 24

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 24

18.3.1 Aufrechterhaltungsaudit ISO und QuaTheDA 24

19 Schlusswort und Ausblick 25

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 26

Psychiatrie 26

Anhang 2

Herausgeber 27

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. 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 für das Jahr 2016

Die Klinik Im Hasel AG ist auf der Spitalliste des Kantons Aargau. Sie bietet im stationären Bereich 55 Therapieplätze an. Es werden Therapiebehandlungen mit einer Dauer von 12-24 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

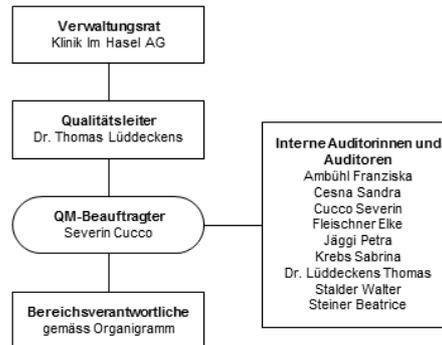
Die Klinik Im Hasel AG ist seit dem Jahr 2003 ISO 9001 und QuaTheDA zertifiziert. Sie führt seit 2005 Messungen zur Klientenzufriedenheit (QUATHESI) durch, die extern und unabhängig ausgewertet und mit den anderen teilnehmenden Institutionen verglichen werden. Seit dem Jahr 2012 nimmt die Klinik Im Hasel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

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm QM Organisation



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.

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.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. Thomas Lüddeckens
CEO
Klinik Im Hasel AG
062 738 60 00
tlu@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 2016

Die Einführung des Klinikinformationssystems verläuft nach Plan. Es wurde im ersten Quartal ein Anbieter gewählt und der Projektablauf gemeinsam festgelegt. Die bisherigen Projektabschnittsziele konnten alle fristgerecht erreicht werden. Die ersten Funktionen sind bereits per Jahreswechsel 2016/2017 aufgeschaltet.

Das interne Auditorenteam konnte neu mit neun Auditorinnen/Auditoren aus allen Fachbereichen der Klinik aufgerüstet werden. Ein neuer 3 Jahres-Auditplan stellt die Überprüfung aller Prozesse und Bereiche sicher. Die erste Schulung wurde durchgeführt, die ersten Audits sind geplant und vereinzelt wurden sie bereits im Berichtsjahr durchgeführt.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

Ein internes Projektmanagement-Tool wurde erstellt und eingeführt.

Die Informationen an die Mitarbeitenden werden neu an zwei Personalversammlungen inklusiv Rahmenprogramm weitergegeben. Durch die Änderung der Häufigkeit und den fixen Traktanden kann grossen Informationsasymmetrien entgegnet werden. Durch das neu hinzugefügte Rahmenprogramm wird der Austausch der Mitarbeitenden der verschiedenen Standorte unterstützt, so dass inklusive Mitarbeiteranlass mindestens dreimal jährlich ein informeller Austausch stattfinden kann.

Aufgrund der ansteigenden Zahl der erbrachten Leistungen und der damit verbundenen ansteigenden Zahl der Mitarbeitenden wurden im Berichtsjahr organisatorischer Änderungen notwendig. Neu wurden für die drei Standorte eigene Leitungen eingesetzt. Aufgrund der veränderten Struktur wurde ein monatlicher Austausch, die interdisziplinäre Leitungssitzung eingeführt. Ziel der Sitzung ist den Informationsfluss zu regeln und dadurch Synergien optimal zu nutzen.

Die Rezertifizierung nach der neuen ISO Norm 9001:2015 konnte im Juni 2016 erfolgreich erlangt werden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das Projekt Klinikinformationssystem wird erfolgreich abgeschlossen.

Alle Prozesse werden in Bezug auf das Klinikinformationssystem neu überdacht und entsprechend angepasst.

Die Tagesklinik Lenzburg überprüft ihre Strukturen wie die Weiterführung des Standortes unter den Kürzungen des Kantones vom 21.12.16 möglich/umsetzbar ist.

Die Stationäre Therapie überprüft ihr Betriebskonzept in Bezug auf Platz-/Ressourcennutzung und Austausch der Mitarbeitenden.

Das Ambulatorium Lenzburg überprüft ihre Strukturen und Abläufe im Hinblick auf die angestrebte Erweiterung und den Umzug in neue Räumlichkeiten.

Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Suchtinstitutionen im Aargau wird überprüft und wo möglich optimiert.

Die Zuweiserumfrage wird überdacht und neu gestaltet.

Zur Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit und zur Reduktion des administrativen Aufwandes wird ein neues Qualitätsmanagementsystems eingeführt (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>Angehörigenzufriedenheit</i> |
| ▪ Zufriedenheitsbefragung der Angehörigen auf Teilaspekte der Behandlung |

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 Hilfsmittel evaluieren, aufbauen und implementieren |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Alle Standorte |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | bis Mitte 2018 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt |

Einführung eines QM-Systems

| | |
|---|--|
| Ziel | Ein für alle Anspruchsgruppen geeignetes Hilfsmittel evaluieren, aufbauen und implementieren |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Alle Standorte |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | bis Mitte 2019 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt |

Auf die Kürzungen der Leistungen des Kantons reagieren

| | |
|---|---|
| Ziel | Die Weiterführung der Tagesklinik sicherstellen |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Tagesklinik Lenzburg |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | bis Mitte 2017 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt |

Das Betriebskonzept der Stationären Therapie überprüfen

| | |
|---|---|
| Ziel | Ressourcen optimal nutzen, Austausch unter den Mitarbeitenden stärken |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Stationäre Therapie Gontenschwil |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | bis Ende 2017 |

Erweiterung Ambulatorium

| | |
|---|--|
| Ziel | Abläufe und Strukturen in Hinblick auf die Erweiterung/partieller Umzug überprüfen |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ambulatorium Lenzburg |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | bis Mitte 2018 |

Zusammenarbeit der Aargauer Suchtinstitutionen stärken

| | |
|---|---|
| Ziel | Synergien über die Grenzen der eigenen Institution nutzen |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Klinik Im Hasel AG |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | bis Ende 2018 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt |

Die Zuweiserbefragung überarbeiten/erstellen

| | |
|---|---|
| Ziel | Im Jahr 2017 wiederum eine Zuweiserbefragung mit möglichst hohem Rücklauf versenden und auswerten zu können |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Klinik Im Hasel AG |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | bis Ende 2017 |

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.

4.6 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 |
| ISO 9001:2015 | Suchthilfe | 2006 | 2016 | Nächstes Audit im Juni 2017 |
| QuaTheDA:2012 (B, I, II, III) | Suchthilfe | 2006 | 2016 | Nächstes Audit im Juni 2017 |

Bemerkungen

Seit 2016 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 2016 durchgeführt.
Die Patientenbefragung wurde an den Standorten "Stationäre Therapie Gontenschwil" und "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 2016 durchgeführt.
Die Patientenbefragung wurde an den Standorten "Stationäre Therapie Gontenschwil" und "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 2016 durchgeführt.

Stationäre Therapie Gontenschwil

79% der befragten Personen waren männlich, 21% weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 37 Jahren.

68% der befragten Personen sind in der Schweiz geboren.

Die Klinik erreicht einen Wert von 4.16 auf einer Skala von 1 bis 5. Die Zufriedenheitsumfrage wurden von mehr als 80% der Patientinnen und Patienten ausgefüllt.

| 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

Klinik Im Hasel AG

Dr. Thomas Lüddeckens

CEO

062 738 60 00

tlu@kih.ch

6 Angehörigenzufriedenheit

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

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Zufriedenheitsbefragung der Angehörigen auf Teilaspekte der Behandlung

Zukünftige Ausweitung von Zufriedenheitsbefragungen von Angehörigen/Nahestehenden Personen ist in Diskussion.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Stationäre Therapie Gontenschwil

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Erhebungen werden momentan nur auf einen Teilaspekt der Behandlungen ausgeführt.

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

Die 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.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2013 durchgeführt.

Die Mitarbeiterbefragung wird in allen Standorten/Abteilungen durchgeführt.

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

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 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 durchgeführt.
Die nächste Zuweiserbefragung erfolgt im Jahr 2017.

Angaben zur Messung

| | |
|---|--|
| Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument | |
|---|--|

Behandlungsqualität

15 Psychische Symptombelastung

15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

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

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

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

| HoNOS Adults | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|------|------|------|------|
| Klinik Im Hasel AG | | | | |
| HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | - | 4.02 | 4.39 | 5.32 |
| Standardabweichung (+/-) | - | 7.22 | 6.75 | 5.95 |

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 | 15.89 |
| Standardabweichung (+/-) | - | 26.88 | 24.51 | 22.56 |

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

Die Messergebnisse 2015 zeigen ein leicht besseres HoNOS Adults Behandlungsergebnis der Klinik als der des schweizweiten Durchschnitts (CH-Mittelwert 4.68). Das BSCL Behandlungsergebnis der Klinik ist leicht unter dem Schweizer-Schnitt (CH-Mittelwert 19.06). Die Klinik ist mit den Ergebnissen zufrieden.

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. |

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Einführung KIS

Das Projekt KIS ist das grösste aktuelle Projekt, es benötigt einen Grossteil der Projektressourcen im Berichtsjahr und im 2017. 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 wurde der Softwarepartner evaluiert und die ersten Schritte der Implementierung vorbereitet. Die Implementierung findet über einzelne Module statt, welche nacheinander definiert, implementiert und geschult werden. Die erste Implementierung startet am 1. Januar 2017. Das Projekt betrifft mehr als 90% der Beschäftigten.

18.1.2 Einführung eines QM-Systems

Ergänzend zum KIS soll in den nächsten Jahren ein QM-System angeschafft werden. Die Evaluation sollte bis Ende 2017 abgeschlossen sein damit im Jahr 2018 mit der Entwicklung und Implementierung begonnen werden kann. Bis Mitte 2019 soll ein QM-Programm umgesetzt werden, das neben der Dokumentenverwaltung und der Prozesssteuerung auch weitere Tools bezüglich peripherer Problemstellungen mitbringt. Die Neuerung betrifft über 90% der Beschäftigten.

18.1.3 Auf die Kürzungen der Leistungen des Kantons reagieren

Es soll die Weiterführung der Tagesklinik Lenzburg sichergestellt werden. Dieses Projekt musste am 21. Dezember 2016 aufgrund der Kürzung der kantonalen Leistungen ab dem 1. Januar 2017 sofort angegangen werden. Involviert sind dabei alle betroffenen Mitarbeitenden der Tagesklinik Lenzburg und die Leitung der Klinik Im Hasel AG. Der Wochenplan wird nach Auftrag und Kostensenkungsmöglichkeiten hin überprüft und mögliche Anpassungen vorgenommen. Die Massnahmen sollen bei der Zufriedenheit keine oder möglichst geringe Auswirkungen nachsichziehen, zudem soll die Mitarbeiterfluktuation auf dem tiefen Niveau bleiben, und wenn möglich, Lösungen für Pensenänderungen intern abgedeckt werden.

18.1.4 Die Zuweiserbefragung überarbeiten/sicherstellen

Die Zuweiserbefragung überarbeiten/sicherstellen ist ein kleines Projekt. Ziel ist im Jahr 2017 wiederum die Zuweiserzufriedenheit zu erfassen und eine möglichst hohen Rücklaufquote zu erzielen. Involviert sind dabei das Marketing sowie die Sekretariate der Einheiten.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Projektplanung und -steuerung überarbeiten

Die Projektplanung und -steuerung wurde überarbeitet. Neu existiert ein Projektantragsdokument das die wichtigen Fragen im Hinblick auf ein Projekt stellt. Wenn das Dokument verfasst ist, wird das Projekt der Klinikleitung vorgestellt und erklärt weshalb das Projekt unterstützt werden soll. Daraufhin entscheidet die Klinikleitung ob der Projektantrag überarbeitet werden soll oder ob das Projekt bewilligt, zurückgestellt oder abgelehnt wird. Der Antrag inklusiv Entscheid wird dann in die Projektübersicht aufgenommen und entsprechend weiterverfolgt. Bei Abschluss wird das Projekt überprüft und wo nötig Änderungen vorgenommen.

18.2.2 Internes Auditorenteam besetzen und schulen

Das interne Auditorenteam ist besetzt und geschult. Die ersten Audits der internen Auditoren sind bereits getätigt oder terminiert.

18.2.3 Überprüfung der Einführung eines QM-Systems

Die Ergebnisse des Vorprojekts zur Überprüfung der Notwendigkeit bezüglich der Einführung eines neuen QM-Systems wurden vorgestellt. Ein neues QM-System soll angeschafft werden, aufgrund der Einführung des KIS wurde die Umsetzung jedoch zurückgestellt.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Aufrechterhaltungsaudit ISO und QuaTheDA

Im Juni 2017 findet das Aufrechterhaltungsaudit der ISO Norm 9001 und der QuaTheDA Norm statt.

19 Schlusswort und Ausblick

Der Schwerpunkt liegt auf der erfolgreichen Implementierung eines massgeschneiderten Klinikinformationssystems.

Die Reko-Zertifizierung wird auf Ende 2018 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.

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 |
| F2 | Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen |
| F3 | Affektive Störungen |
| F6 | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen |

Bemerkungen

Die Klinik Im Hasel AG behandelt psychische Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten (Entwöhnungstherapie, Verhaltenssüchte) und komorbide psychische Störungen.

Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).