

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2018
Stefan Gerber, CEO

Version 1



Klinik Südhang

<http://www.suedhang.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 2017.

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

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

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

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 2017

Herr
Walter Steiner
Leiter QM & Projekte
+41 31 828 14 37
walter.steiner@suedhang.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swissnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu 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	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Der Kanton Bern orientiert sich an ANQ.	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
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 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	16
5.2 Eigene Befragung	17
5.2.1 ZüPAZ (Zürcher Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit)	17
5.3 Beschwerdemanagement	18
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	19
7.1 Eigene Befragung	19
7.1.1 Mitarbeiter/innenzufriedenheit	19
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	20
9 Wiedereintritte Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb 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 Es gibt keine Zwangseinweisungen und es werden keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen angewendet.	
15 Psychische Symptombelastung	20
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	20
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
17	22

17.1	Weitere eigene Messungen	22
17.1.1	Act-Info Ein- und Austritt	22
17.1.2	TMT (Trail Making Test, CASE Abstinenzmotivation, SCI Fragebogen zum Umgang mit Stress, ISK Inventar sozialer Kompetenzen, LQ Lebensqualität, BDI-II (Beck-Depressions-Inventar)	23
17.1.3	Interne Audits	23
17.1.4	Abbruchquote	23
17.1.5	Unfallstatistik	24
18	Projekte im Detail	25
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	25
18.1.1	Organisationsentwicklung 2018	25
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	26
18.2.1	Konzeptentwicklung Tagesklinik	26
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	27
18.3.1	ISO 9001:2015	27
19	Schlusswort und Ausblick	28
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		29
Psychiatrie		29
Anhang 2		
Herausgeber		30

1 Einleitung

Kurzporträt der Institution

Die Klinik Südhang verfügt über ein breites Angebot zur Behandlung von Suchterkrankungen. Betroffene und ihre Angehörigen werden aus der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit begleitet. Die Klinik Südhang führt deshalb in Kirchlintach die Stationären Therapien Südhang mit 72 Plätzen und folgenden Programmschwerpunkten:

- Qualifizierter Entzug und Abklärung QuEA (24 Plätze, 1-4 Wochen)
- Psychotherapie der Suchterkrankungen PTS (48 Plätze, 8-12 Wochen)
- Arbeitsintegrationsprogramm, gegliedert in zwei Stufen (12 Plätze)

Weitere Standorte

Zudem führt die Klinik Südhang mit den Regionalen Ambulanten Diensten Südhang eine Tagesklinik mit 16 Plätzen sowie ein suchtmmedizinisches Ambulatorium in der Stadt Bern und zwei weitere Ambulatorien in Burgdorf und Biel.

Einzugsgebiet

Die Klinik Südhang figuriert auf der Spitalliste des Kantons Bern als Spezialklinik im Bereich der elektiven Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen. In der Klinik werden vorwiegend Patient/innen aus den Kantonen Bern, Solothurn, beider Basel, Aargau sowie aus den Kantonen Freiburg und Wallis betreut. Mit Ausnahme des Ambulatoriums in Biel, werden die Therapieangebote in deutscher Sprache geführt.

Informationen zur Qualität im Berichtsjahr

Seit 2012 werden jährlich auf nationaler Ebene alle Suchtkliniken miteinander auf ihre Behandlungsqualität hin verglichen. Einer der aussagekräftigsten Aspekte in diesem Vergleich ist die Symptomreduktion. Diese wird sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch aus Sicht der Behandelnden erhoben.

Die Klinik Südhang hat das zweite Jahr in Folge als einzige Organisation unter den teilnehmenden Schweizer Suchtkliniken einen höheren Wert erreicht, als unter Berücksichtigung verschiedener patientenbezogener Faktoren zu erwarten wäre.

Relevante Informationen zum Betrieb im Berichtsjahr

Im Rahmen eines Organisationsentwicklungsprojektes wurde die Fallführung neu definiert und wird jetzt sowohl durch Ärzt/innen wie auch Psycholog/innen wahrgenommen. Die Subabteilungen werden jeweils von fallverantwortlichen Ärzt/innen oder Psycholog/innen geleitet.

Für die Arbeitsintegration sowie als räumliche Erweiterung für therapeutische Angebote, konnte die Klinik Südhang im September 2017 ein neues Gebäude in den Betrieb aufnehmen. Die SAHAG (Südhang Arbeitsintegration und Handels AG) konnte ihre Infrastruktur optimieren und verfügt nun über neue Arbeitsabläufe und -plätze zur Produktion von USM-Occassionsen.

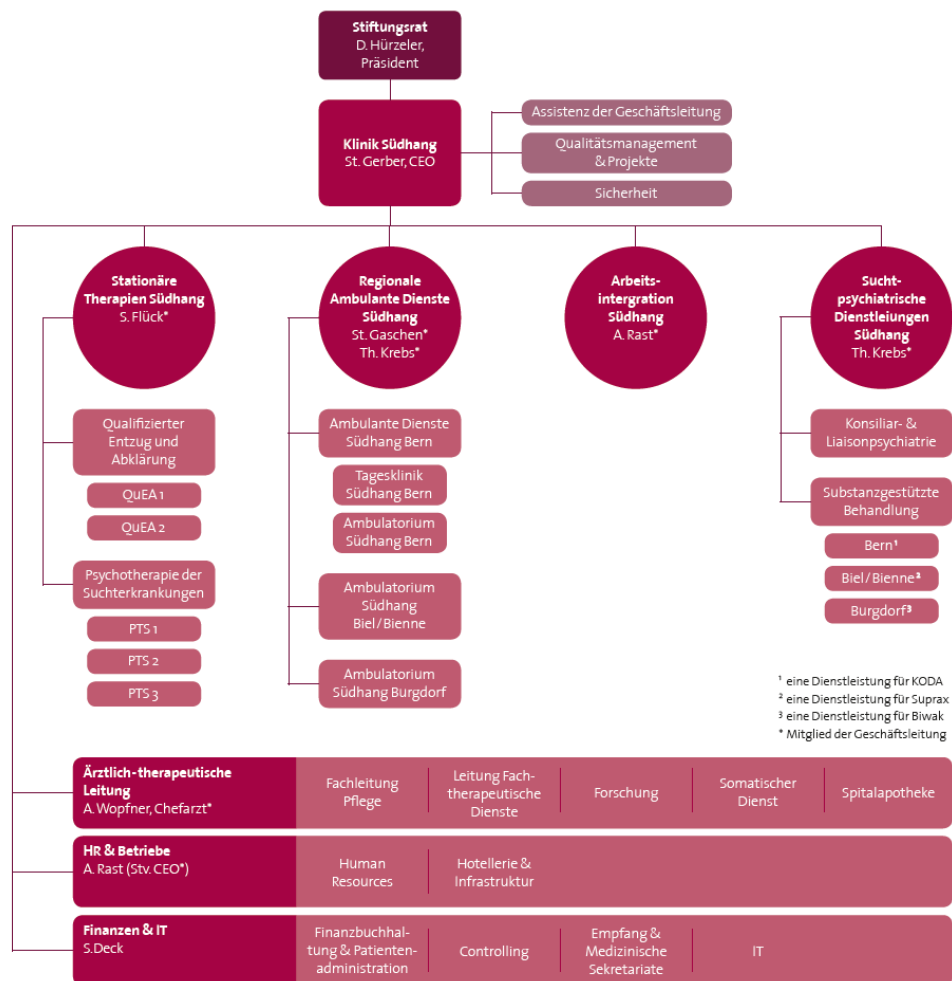
Rechtsform

Stiftung

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Organigramm Klinik Südhang ab März 2018

Das Qualitätsmanagementsystem steht in Übereinstimmung mit den Normforderungen von ISO 9001/2015 sowie mit den Forderungen und Standards von QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen und Alkohol des BAG).

Der Qualitätsleiter ist dem CEO (Q-Beauftragter) im Rahmen einer Stabsstelle direkt unterstellt. Der Q-Leiter gehört mit zum Kader und kann Einfluss auf die Qualitätsentwicklung und die Qualitätsprozesse nehmen. Gemeinsam mit dem CEO werden die zyklischen Aufgaben und die Projekte für die Qualitätsentwicklung besprochen, geplant und mit spezifisch zusammengesetzten Projektteams umgesetzt. Die Bereichsleitenden tragen Verantwortung für ihre Prozesse und partizipieren damit an der Entwicklung der Klinik.

Alle Mitarbeitenden beteiligen sich an der Einhaltung und Entwicklung der Qualitätstandards in ihrem Bereich. Qualität kann nur umgesetzt werden, wenn alle Betroffenen das QM-System mittragen. Die Rahmenbedingungen für die Qualität sind im elektronischen QM-Handbuch definiert und werden laufend überprüft und angepasst. Einen Beitrag zur stetigen Entwicklung leistet das von Mitarbeitenden und Patienten und Patientinnen generierte Vorschlagswesen.

Das Erbringen des Nachweises von wirksamen Behandlungen gewinnt an Bedeutung (Ergebnisqualität). Neben den obligatorischen Messungen durch ANQ (HoNOS, BSCL) werden im stationären Bereich eine Reihe von Testungen (AASE Alcohol Abstinence Self-Efficacy, TMT Trail Making Test, ADHS-Screening (ASRS), WHO Quality of Life (WHOQOL-BREF), Stresscoping

Inventar (SCI)) bei Ein- und Austritt durchgeführt. Die Testergebnisse werden unter anderem für die Behandlungsplanung verwendet.

Die Klinik Südhang betreibt eine Abteilung für Forschung mit Fokus auf die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung von Suchterkrankungen. Ein interdisziplinäres Forschungsteam sichert die ständige Anpassung des Therapieangebots an den aktuellen Stand der Wissenschaft.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Walter Steiner
Leiter QM & Projekte
Klinik Südhang
031 828 14 37
walter.steiner@suedhang.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsstrategie

1. Die Klinik Südhang ist vernetzt und offen
2. Die Klinik Südhang bietet individualisierte und diagnosegeleitete Programme und Bausteine an
3. Die Klinik Südhang gestaltet den Zugang zu und den Wechsel zwischen eigenen und anderen Angeboten niederschwellig

Methoden und Instrumente des QM

Die Einrichtung stellt durch ein Qualitätshandbuch ein systemisches Qualitätsmanagement sicher. Im Südhang wird ein elektronisches Handbuch in Form einer Datenbank (Limsophy BPM, Business Prozess Management) gepflegt. Das Handbuch regelt:

- die qualitätsrelevanten Prozesse
- Normen und Standards von ISO 9001:2015 und QuaTheDA
- die Funktion des Qualitätsmanagement
- die Qualitätsmessungen
- die internen und externen Audits
- ein permanentes Verbesserungsmanagement
- ein Risikomanagement
- ein CIRS (Critical Incident Reporting System)
- das Management Review und den Q-Leiterbericht
- die Qualitätsplanung unter Berücksichtigung der Vision, der Strategie und der Qualitätsziele

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

1. **Einbinden der ambulanten Angebote in Zufriedenheitsbefragungen**
Sowohl in der Tagesklinik wie auch in den Ambulatorien wurde der MüPF als Fragebogen zum Erfassen der Pat. Zufriedenheit eingeführt. Bei der Tagesklinik wurden die Resultate bis Mai 2017 (vor der Umstellung) und die Resultate ab Mai bis November 2017 verglichen.
2. **Die Organisationsstruktur wurde 2017 überprüft und ein alternatives Organisationsmodell entwickelt**
Folgende Ziele sind dabei verfolgt worden: Förderung der fachlichen Entwicklung kongruente Gestaltung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten. Dezentralisierung der Entscheidungskompetenzen. Die neue Organisationsstruktur ist per 1. März 2018 umgesetzt worden (vgl. Organigramm Kap. 2.1)

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

1. Weiterentwicklung des Tagesklinikkonzeptes

Eine inhaltliche Diversifizierung des Angebotes erlaubt, im Rahmen des psychotherapeutischen Angebotes besser auf die individuellen Bedürfnisse der Patient/innen einzugehen. Mit dem Einsatz von Pflegefachleuten konnte die Betreuungskonstanz erheblich verbessert werden.

2. Abbau des Langzeitangebotes zugunsten von mehr Entzugsplätzen

Die 8 Plätze des Langzeitangebotes wurden zugunsten einer Erweiterung der Entzugs- und Abklärungsplätze abgebaut. Dank Anpassungen des Konzeptes der Entzugs- und Abklärungsstation, kann der Bedarf der Langzeitpatient/innengruppe teils aufgefangen werden. Zielerreichung: Dank der neuen Positionierung konnte die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 51.5 auf 49.0 Tage gesenkt werden.

3. TARPSY 1.0

Schaffen der Voraussetzungen für die Abrechnung unter TARPSY 1.0 (Nationales Tarifsysteem für die Psychiatrie)

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

ISO 9001:2015

Die Umsetzung der neuen ISO-Norm wird fortgesetzt. Die Bearbeitung der Empfehlungen aus dem Rezertifizierungsaudit im März 2018 werden über das laufende Jahr 2018 bis 2019 umgesetzt.

Optimierung des Planungsprozesses

Überprüfung der Strategie und Formulierung spezifischer Ziele.

Organisationsentwicklung 2018

Überführung der neuen Organisationsstruktur in die Praxis. Etablierung der Führungsentwicklung, Anpassung der Prozessarchitektur an die neue Organisationsstruktur.

Forschungsprojekte

- **INTRA**: Lernen, dem Alkohol zu widerstehen: Inhibitionstraining für Patient/innen mit einer Alkoholkonsumstörung
- **AES**: Evaluation der Alkoholentzugsskala
- **CAR**: Effekte von Cortisol auf Alkoholcraving
- **KUTEZ**: Telefonbasierte Nachsorge nach stationärem Aufenthalt
- **INCAS** - International Naturalistic Cohort Study of ADHD and SUD

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)
– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Bemerkungen

Die Aufnahme in alle Angebote des Südhang erfolgt freiwillig. Im Rahmen der Behandlung werden in keinem Setting freiheitsbeschränkenden Massnahmen angewendet. Gelegentlich absolvieren Patient/innen eine Therapie im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung (FU).

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>
▪ ZüPAZ (Zürcher Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit)

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
▪ Act-Info Ein- und Austritt
▪ TMT (Trail Making Test, CASE Abstinenzmotivation, SCI Fragebogen zum Umgang mit Stress, ISK Inventar sozialer Kompetenzen, LQ Lebensqualität, BDI-II (Beck-Depressions-Inventar)
▪ Interne Audits
▪ Abbruchquote
▪ Unfallstatistik

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Weiterentwicklung des QM mit den Standards von ISO 2009:2015

Ziel	Zertifizierung im März 2018
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Bis 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Weiterentwicklung des Systems und Zertifizierung.
Methodik	Ergänzen der Standards in den Prozessen und Hilfsmitteln (Risikomanagement in Prozessen abbilden, Balanced Scorecard im Zielmanagement, Optimieren des Projektmanagements)
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsbeauftragter, Q-Leiter, Prozessverantwortliche
Weiterführende Unterlagen	Praxisbuch ISO 9001:2015 die neuen Herausforderungen verstehen und umsetzen von Anni Koubek

Organisationsentwicklung 2018

Ziel	Förderung der fachlichen Entwicklung, kongruente Gestaltung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, Dezentralisierung der Entscheidungskompetenzen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Juni 2017 bis Ende 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	("siehe Ziele")
Methodik	Projekt mit externer Begleitung.
Involvierte Berufsgruppen	Management, Ärzt/innen und Psycholog/innen, Pflege, Fachtherapien
Evaluation Aktivität / Projekt	Im Herbst 2018: Zielerreichung, Mitarbeitendenbefragung

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 ein CIRS im Jahr 2011 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.

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	Ganze Organisation	2003	2018	
QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen und Alkohol) Suchtspezifische Norm	Ganze Organisation	2003	2018	
Rekole	Finanzbereich	2014	2014	Rekole wird im Herbst 2018 rezertifiziert

Bemerkungen

Anlässlich des Rezertifizierungsaudits im März 2018 wurde die neue ISO-Norm 9001:2015 geprüft. Der Südhang hat das Zertifikat ohne Auflagen erhalten. Die nächste Rezertifizierung findet 2021 statt. Jährlich wird das QM durch einen externen Auditor der SQS überprüft. Die Klinik Südhang profitiert im Rahmen der Audits von unterschiedlichen Entwicklungsimpulsen durch den Auditor.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung 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

Die Messergebnisse 2017 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

Ergebnisse der ersten Patient/innen-Zufriedenheitsmessung durch ANQ

Rücklauf

Versendete Fragebögen im Erhebungszeitraum 108

Rücklauf	40
Wert Südhang	37.0 %
Wert Gesamt	26.5 %

Gesundheitszustand

	Bewertung Südhang		Bewertung Gesamt	
	Anzahl	in%	Anzahl	in%
Ausgezeichnet	3	7.9%	220	5.7%
Sehr gut	20	52.6%	712	18.5%
Gut	11	28.9%	1893	47.8%
Weniger gut	2	5.3%	771	20.0%

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 18 Jahre) versendet, die von September bis November 2017 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 ZüPAZ (Zürcher Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit)

Das Ziel der Messung ist die Erfassung der Patient/innenzufriedenheit aus der Patient/innenperspektive im stationären Rahmen. Es werden Fragen zur Professionalität und Fachkompetenz der verschiedenen Behandlergruppen (Administration, Medizin, Pflege, Therapie) gestellt. Weiter zu Rahmenbedingungen wie Unterbringung und Verpflegung. Fragen zur Patient/innenautonomie (Mitbestimmung bei den Behandlungszielen und der Therapie) und erlebtem Respekt im Umgang mit den Patient/innen und die Informationsabgabe bei Ein- und Austritt werden erfragt. Der Fragebogen weist eine hohe Trennschärfe der einzelnen Items auf, damit er zur Optimierung der Zufriedenheitsaspekte genutzt werden kann und aus den Ergebnissen konkrete Verbesserungen abgeleitet werden können.

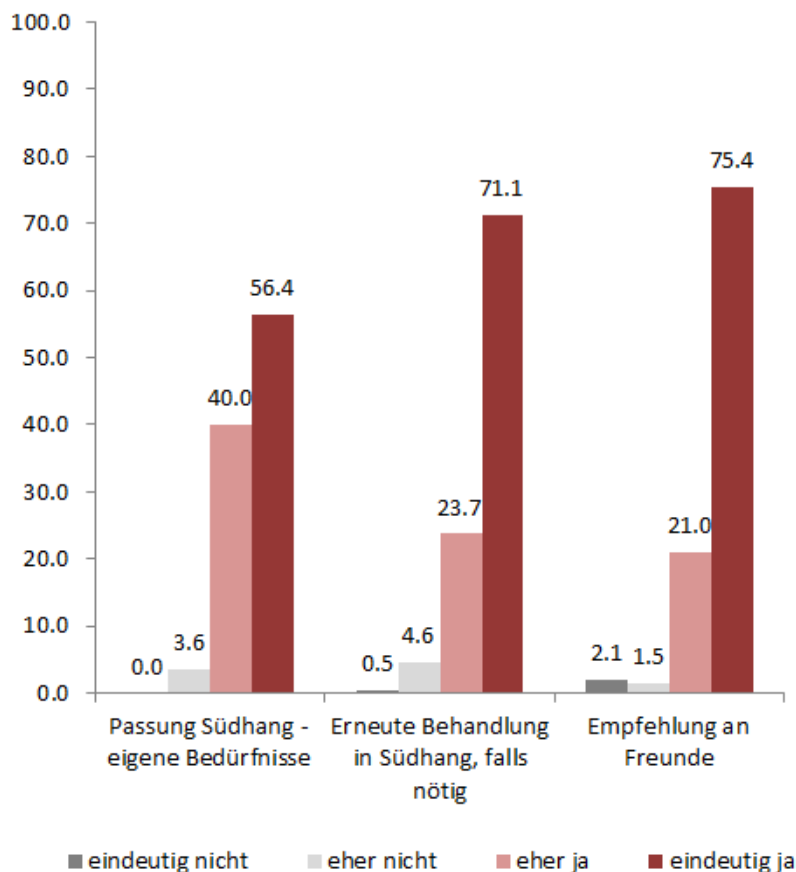
Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Stationäre Therapien Südhang > - Qualifizierter Entzug und Abklärung - Psychotherapie der Suchterkrankungen

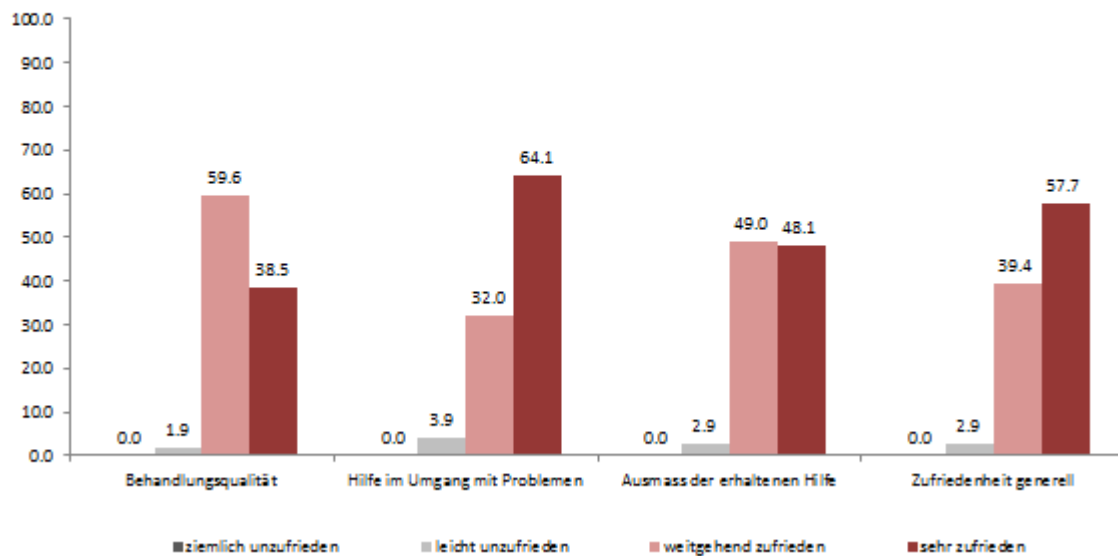
Die Befragung wurde bei den aus der **stationären Behandlung** austretenden Patient/innen (N=152) durchgeführt. Teilgenommen haben letztlich 101 (66,45 %).

Allgemeine Zufriedenheit 2017

Allgemeine Zufriedenheit



Zufriedenheit mit der Behandlung



Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Kanton Zürich
Methode / Instrument	ZüPAZ

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Südhang

Ombudsstelle für das Spitalwesen

Manser Roman

Leiter

032 331 24 24

info@ombudsstelle-spitalwesen.ch

Mo bis Freitag 08.00-17.00

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 Mitarbeiter/innenzufriedenheit

QuaTheDA und ISO fordern ca. alle 3 Jahre eine Befragung zur Mitarbeitendenzufriedenheit. Nach dem Führungswechsel und der Organisationsentwicklung 2018 ist eine Befragung im Herbst 2018 geplant.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2014 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2018.

Alle Bereiche

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ISGF
Methode / Instrument	QueTheTeam

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

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

HoNOS Adults	2013	2014	2015	2016
Klinik Südhang				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	5.05	4.83	5.42	6.53
Standardabweichung (+/-)	6.65	6.27	6.71	5.87

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2013	2014	2015	2016
Klinik Südhang				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	20.65	17.94	20.79	19.39
Standardabweichung (+/-)	28.35	29.04	24.46	24.52

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, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

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

17

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Act-Info Ein- und Austritt

Gesamtprojekt act-info

Das Monitoring-Netzwerk act-info (The information network on addiction care and therapy in Switzerland) fasst die fünf im Bereich der Suchtberatung und -therapie geführten Statistiken in der Schweiz zusammen:

SAMBAD (Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich)

act-info-Residalc (Statistik der stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit in der Schweiz)

act-info-FOS (Forschungsverbund stationäre Suchttherapie)

HeGeBe (heroingestützte Behandlung)

Methadon (nationale Methadonstatistik)

act-info-Residalc

act-info-Residalc betrifft alle stationären soziotherapeutisch orientierten Institutionen (Fachkliniken und Rehabilitationszentren), die auf die Behandlung von Alkohol- und Medikamentenprobleme spezialisiert sind. Informationen zu den Patient/innen (Einweisung, Behandlungserfahrungen, soziodemographische Angaben, Konsumverhalten, suchtähnliche Verhaltensweisen, Umstände der Behandlungsbeendigung usw.) werden mittels eines Fragebogens erhoben, der in den ersten Wochen nach Eintritt ausgefüllt wird, ergänzt durch einen zweiten Fragebogen beim Verlassen der Institution. Die Eintritts- und Austrittsfragebogen bestehen aus den Kernfragen, die für die fünf Behandlungsbereiche einheitlich sind, und aus Modulfragen, die spezifisch für act-info-Residalc sind.

Berichte:

<http://www.suchtschweiz.ch/forschung/act-info-residalc/>

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

stationär

Alle Patient/innen welche eine stationäre Psychotherapie der Suchterkrankungen absolvieren.

Die Ergebnisse von act-Info werden jährlich durch Suchtschweiz in einem über 100seitigen Bericht veröffentlicht. Nebst suchtspezifischen Ergebnissen werden viele soziodemographische Elemente erhoben und ausgewertet. Siehe den oben aufgeführten Link.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Suchtschweiz
Methode / Instrument	act-info residalc

17.1.2 TMT (Trail Making Test, CASE Abstinenzmotivation, SCI Fragebogen zum Umgang mit Stress, ISK Inventar sozialer Kompetenzen, LQ Lebensqualität, BDI-II (Beck-Depressions-Inventar)

Die Testungen werden mittels elektronischem Tool Optinomic erhoben. Die Ergebnisse werden direkt nach der Eingabe in Form von interpretierbaren "sprechenden" Graphiken sichtbar und werden zum festlegen der individuellen Behandlungsplanung eingesetzt. Am Ende der Behandlung erfolgen Vergleichsmessungen welche die Entwicklung darstellen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Aktuell im stationären Bereich.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Daten der genannten Tests werden hauptsächlich für die individuelle Behandlung erhoben.

17.1.3 Interne Audits

ISO und QuaTheDA fordern die Durchführung von internen Audits. Dabei geht es um die Einhaltung der Normen und Standards sowie die Überprüfung der Prozesse mit den Prozesszielen und -kennzahlen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
- Qualifizierter Entzug und Abklärung - Teilstationäre Behandlung - Psychotherapie der Suchterkrankungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse der internen Audits werden in einem internen Bericht zusammengefasst. Die Massnahmen werden durch die Geschäftsleitung geprüft und verabschiedet. Die Umsetzung erfolgt im laufenden Jahr.

17.1.4 Abbruchquote

Die Abbruchquote ist eine wichtige Kennzahl der stationären Therapien der Klinik Südhang.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Stationäre Therapien der Klinik Südhang - Qualifizierter Entzug und Abklärung - Psychotherapie der Suchterkrankungen

Alle Patient/innen mit Aufenthalt im stationären Bereich der Klinik Südhang. Insgesamt 472 Eintritte im Jahr 2017.

Die Abbruchquoten über das gesamte Jahr 2017 betragen:

Qualifizierter Entzug und Abklärung

Abbruch durch Patient 11%

Psychotherapie der Suchterkrankungen

Abbruch durch Patient 14%

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

17.1.5 Unfallstatistik

Alle Nichtberufs- und alle Berufsunfälle werden erfasst und in Bagatelle (Ausfall höchstens 1 Tag) und Unfälle mit längerfristigen Ausfällen eingeteilt. Dabei werden noch Stürze, Unfälle mit "Anschlagen" z.B. Kopf an Türe und Sportunfälle unterschieden.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Alle Mitarbeitenden der Klinik Südhang.

Alle Mitarbeitenden der Klinik Südhang. Alle Standorte. Alle Bereiche (Behandlung, Unterstützung, Management).

Ergebnisse

Berufsunfälle BU

Bagatelle 4

Mit Ausfall 0

Nichtberufsunfälle NBU

Bagatelle 11

Mit Ausfall 7

Ausfalltage gesamt: 292

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Organisationsentwicklung 2018

Projektart

Organisationsentwicklungsprojekt

Projektziele:

Voraussetzungen schaffen für ...

... eine Aufbauorganisation, Prozesse, Führungsstrukturen und Mitarbeitende, die

- für eine vorbildliche Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen sorgen
- fachliche Weiterentwicklung und eine hohe Flexibilität bezüglich Angeboten ermöglichen
- eine wirtschaftliche und effiziente Leistungserbringung sicherstellen
- gesetzliche Vorgaben erfüllen
- den Südhang auf dem Arbeitsmarkt attraktiv positionieren

Involvierte Berufsgruppen

Ärzte, Pflege, Therapeuten, Betriebswirtschaft, Technik, Administration

Projektablauf / Methodik

Vorprojekt in der zweiten Jahreshälfte 2017

Entwicklung und Präsentation neues Organigramm (Matrixdarstellung)

Führungsseminare für die Kaderkonferenz

Umsetzen der neuen Struktur über folgende Teilprojekte

- Konzept / Programm fachliche Befähigung
- Verabschiedung Verzeichnis der Gremien
- Verabschiedung Funktionendiagramme (AKV) Prozesse
- Verabschiedung Rolle und Dienstleistung HR
- Verabschiedung Prozesse HR
- Verabschiedung Kommunikationskonzept
- Verabschiedung Evaluationskonzept

Umstellung per 1. März 2018

Anpassen der Prozesse und Hilfsmittel im QM bis September 2018

Projektevaluation

Evaluation des Projektes Oktober/November 2018

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Konzeptentwicklung Tagesklinik

Projektart

Anpassung Behandlungsangebot

Projektziel

Existenzielle Sicherung des Angebotes

Projektablauf

Definieren der wichtigsten Ziele

Konzept anpassen

Neue Behandlungsinhalte definieren

Einsatz von Pflegenden implementieren

Anpassen der Plätze von 12 auf 16

Erhöhen der Auslastung

Reduzieren der NoShow Rate

Involvierte Berufsgruppen

Ärztschaft, Psycholog/innen, Pflege, Betriebswirtschaft, Technik

Evaluation

November 2017:

Auslastung 78%

NoShow Rate unter 5%

Hohe Zufriedenheit bei MA und Patient/innen

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2015

Projektart

Rezertifizierung und Stand von ISO 9001:2015 erreichen.

Ziel

Das Ziel ist der Erhalt des QuaTheDA und ISO Zertifikates.

Methodik / Ablauf

Im Rahmen der Wiederholaudits werden die Entwicklungsinhalte bis zur Zertifizierung 2018 gemeinsam mit dem externen Lead-Auditor der SQS (Hr. Fischer) festgelegt. Im Rahmen der Audits 15/16/17 werden die Inhalte weiterentwickelt.

- Schulungen durch die SQS (Q-Leiter)
- Spez. Programmteil Audits

Betroffene Bereiche

- Management (Strategieprozess)
- Projektmanagement
- Risikomanagement
- Prozesse Handbuch

Involviert sind vor allem die Rollenträger im QM: Q. Beauftragter (CEO, S. Gerber), Q-Leiter (W. Steiner), Sicherheitsbeauftragter (P. Sturm) Prozessverantwortliche (im Handbuch definiert).

Weiterführende Unterlagen:

Praxisbuch

ISO 9001:2015

Die neuen Anforderungen verstehen und umsetzen

Carl Hanser Verlag München, 2015

19 Schlusswort und Ausblick

Das Sicherstellen der Qualität auf allen relevanten Ebenen der Institution bleibt ein vordringliches Anliegen. Als spezialisierte Suchtfachklinik ist uns wichtig, den Nachweis der Wirksamkeit unserer Behandlungen aufzuzeigen.

Das Messen psychischer Symptome und Belastungsparameter erzeugt Hinweise für gezielte Behandlungen und zeigt Veränderungen während der Therapiezeit auf. Langfristige Effekte lassen sich nur durch katamnestische Befragungen nachweisen. Diesbezüglich bleibt es im Umfeld der Abhängigkeitserkrankungen schwierig, Menschen in akuten Suchtphasen verbindlich zu erfassen. Das Aufrechterhalten der Abstinenz spielt eine wichtige, jedoch nicht die einzige Rolle hinsichtlich nachhaltiger Behandlungserfolge. Vielen betroffenen Menschen gelingt der Ausstieg durch spezifische Erfahrungen oder spontane Entscheidungen, welche bewusst oder unbewusst auf ein breites Spektrum von (therapeutischen) Erlebnissen und Eindrücken zurückzuführen sind. Die Suche nach wirksamen Therapiemethoden im Suchtbereich bleibt somit ein offenes Feld für die Forschung.

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

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**).