

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

31.05.2018
Thomas Lüddeckens, CEO

Version 1



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
Severin Cucco
Stabsstelle
062 738 60 47
scu@kih.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	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	8
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	9
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	9
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	10
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	12
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	12
QUALITÄTSMESSUNGEN	13
Befragungen	14
5 Patientenzufriedenheit	14
5.1 Eigene Befragung	14
5.1.1 Zuf 8, Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit	14
5.1.2 Zufriedenheit Gefässe	14
5.1.3 QuaTheSI Patientenzufriedenheit	15
5.2 Beschwerdemanagement	15
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	16
7.1 Eigene Befragung	16
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit	16
8 Zuweiserzufriedenheit	17
8.1 Eigene Befragung	17
8.1.1 Erfassung der Zuweiserzufriedenheit	17
Behandlungsqualität	18
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 Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Psychische Symptombelastung	18
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	18
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	

	Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
17	Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
18	Projekte im Detail	20
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	20
18.1.1	Einführung KIS	20
18.1.2	Einführung eines QM-Systems	20
18.1.3	Auf die Kürzungen der Leistungen des Kantons reagieren.....	20
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	21
18.2.1	Betriebskonzept Stationäre Therapie	21
18.2.2	Restrukturierung Tagesklinik Lenzburg.....	21
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	21
18.3.1	Aufrechterhaltungsaudit ISO und QuaTheDA	21
19	Schlusswort und Ausblick	22
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		23
Psychiatrie		23
Anhang 2		
Herausgeber		24

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 2017

Die Klinik Im Hasel AG ist auf der Spitalliste des Kantons Aargau. Sie bietet im stationären Bereich 57 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 AG

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

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 **40** 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.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Die Einführung des Klinikinformationssystems wird im ersten Quartal 2018 abgeschlossen. Es wurden im Jahr 2017 nacheinander die Module (PEP, DIS, RAP, DOC) an den einzelnen Standorten eingeführt. Die bisherigen Projektabschnittsziele konnten alle fristgerecht erreicht werden.

Im Jahre 2017 konnte im Ambulatorium Lenzburg ein neues Stockwerk dazugemietet werden. Neu befindet sich der Empfang direkt beim Gebäudeeingang, die Ressourcen wurden um ca. 50% erweitert.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Die Klinik Im Hasel AG ist Teil der neu gegründeten "Integrierten Suchtbehandlung Aargau" (ISBA).

Die Stationäre Therapie hat ihr Betriebskonzept in Bezug auf Platz-/Ressourcennutzung und Austausch der Mitarbeitenden erfolgreich und fristgerecht implementiert.

Die Tagesklinik Lenzburg hat ihre Strukturen mit möglichst geringen Qualitätseinbussen den neuen Gegebenheiten angepasst und konnte im 2017 weitergeführt werden (auch Dank einer Defizitgarantie der Stiftung).

Das Aufrechterhaltungsaudit nach der neuen ISO Norm 9001:2015 / QuaTheDA 2012: wurde mit einer Nebenabweichung im Juni 2017 abgeschlossen.

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 muss ihre Strukturen oder die Weiterführung des Standortes unter den Kürzungen des Kantones (Kantonsanteil tagesklinische Behandlungstage) vom 20.12.17 überprüfen.

Die Zuweiserumfrage wird überdacht und neu gestaltet.

Zur Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit und zur Reduktion des administrativen Aufwandes wird ein neues Qualitätsmanagementsystems evaluiert (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>
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)

Bemerkungen

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonale 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
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Mitarbeiterzufriedenheit

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 2020
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 2018
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
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Evaluation Aktivität / Projekt	Abgeschlossen

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
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

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 2018 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 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Evaluation Aktivität / Projekt	Abgeschlossen

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 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

Das CIRS System wurde im externen Audit 2017 überprüft.

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 2018
QuaTheDA:2012 (B, I, II, III)	Suchthilfe	2006	2016	Nächstes Audit im Juni 2018

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 2017 durchgeführt.

Die Patientenbefragung wurde an den Standorten "Stationäre Therapie Gontenschwil" und "Tagesklinik Lenzburg" durchgeführt.

Die vorgestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Stationäre Therapie in Gontenschwil und den Bewertungszeitraum von September 2016 - März 2017. Der Fragebogen wurde an alle austretenden Patientinnen und Patienten ausgehändigt und von 56 Personen ausgefüllt und auswertbar zurück gegeben.

Die Zufriedensheitswerte liegen seit Jahren auf einem hohen Niveau. Im Jahr 2017 wurde zum Beispiel die Qualität der Behandlung mit 44% als ausgezeichnet und 54% als gut beurteilt. Bei der Zufriedenheit der Behandlung als Ganzes haben 0% mit unzufrieden geantwortet, und nur 4% waren nur lediglich oder leicht zufrieden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Auswertung im Haus
Methode / Instrument	Zuf 8, nach Schmidt und Wittmann

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 2017 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.

Die nächste Patientenbefragung erfolgt im Jahr 2018.

Die Befragung wurde in der Stationäre Therapie Gontenschwil durchgeführt.

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

68% der befragten Personen sind in der Schweiz geboren.

Angaben zur Messung	
Nationales 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

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 wurde mittels eines standardisierten Fragebogens im Berichtsjahr erhoben. Die angestrebte Periodizität der Zufriedenheitsbefragung beträgt 2 Jahre.

Im Herbst 2017 wurde die QuaTheTeam-58-Befragung, online durchgeführt.

Es nahmen total 74 Mitarbeitende (von 110) der Klinik Im Hasel AG an der Befragung teil (ca. 67%).

Der erste Teil der Umfrage bestand aus 58 Fragen, die mit den Werten 1 (überhaupt keine Zustimmung) bis 6 (vollständige Zustimmungen) beurteilt wurden. Im zweiten Teil wurden offene Fragen gestellt.

Mit dem Fragebogen wurde die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitenden in der Suchthilfe gemessen; insbesondere die Rahmenbedingungen der Arbeitsstelle und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit ihrer Arbeitssituation.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 23.10.2017 bis 05.11.2017 durchgeführt.

Die Mitarbeiterbefragung wurde an allen Standorten/Abteilungen durchgeführt. Für die Messung wurden zwei Personengruppen unterschieden: Therapeutisches Personal (Therapien, Komplementärtherapien, Ärzteschaft, Pflege und Sozialdienst), jeweils nach Standort (Stationäre Therapie Gontenschwil, Tagesklinik Lenzburg, Ambulatorium Lenzburg) und Nicht-Therapeutisches Personal (Standortübergreifend). Der Übersicht halber wurde letztere Personengruppe der Stationären Therapie Gontenschwil zugeordnet.

Es wurden alle Mitarbeitenden an allen Standorten befragt.

Die geschlossenen Fragen wurden mit den Werten 1 (überhaupt keine Zustimmung) bis 6 (vollständige Zustimmungen) beurteilt. Ein Ausschnitt der Auswertung aller Standorte und Personengruppen zeigt nachfolgend die Ergebnisse von sechs Fragen, deren Antworten die höchsten bzw. die tiefsten Mittelwerte erzielten.

Die 3 Fragen mit der höchsten Zustimmungsrate (Mittelwert):

- Unser Team spielt gut zusammen (5.61)
- Ich finde, dass wir hier gute Arbeit leisten und den Patient/-innen helfen können (5.58)
- Ich kann mit meinem Vorgesetzten offen reden, wenn ich Schwierigkeiten bei der Arbeit habe (5.57)

Die 3 Fragen mit der tiefsten Zustimmungsrate (Mittelwert):

- Die derzeitige schwierige Finanzlage in der Suchthilfe macht mir zu schaffen (2.77)
- Wir haben zu wenig Zeit, um Patientenprozesse zu reflektieren (3.08)
- Viel von meinem Stress rührt von meinen Ansprüchen an mich selber her (3.48)

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Aufgrund der Rückmeldungen der Mitarbeitenden kristallisiert sich die prekäre finanzielle Situation im Suchtumfeld deutlich heraus. Die Klinik muss sich daher in den kommenden Jahren für eine aufwand- und leistungsgerechte Finanzierung auf allen Stufen einsetzen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ISGF Schweizerisches Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung
Methode / Instrument	Online-Fragebogen (anonym)

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 2018.

Die Zuweiserumfrage wird für alle Klinik Standorte erhoben.

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

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 Im Hasel AG				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	4.02	4.39	5.32	6.11
Standardabweichung (+/-)	7.22	6.75	5.95	7.03

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2013	2014	2015	2016
Klinik Im Hasel AG				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	14.27	17.18	15.89	16.63
Standardabweichung (+/-)	26.88	24.51	22.56	23.91

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Messergebnisse 2016 zeigen ein leicht besseres HoNOS Adults Behandlungsergebnis der Klinik als der des schweizweiten Durchschnitts (CH-Mittelwert 5). Das BSCL Behandlungsergebnis der Klinik ist leicht unter dem Schweizer-Schnitt (CH-Mittelwert 19.3). Die Klinik ist mit den Ergebnissen zufrieden.

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.

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. 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 Mitte 2018 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 startete am 1. Januar 2017, bis Ende 2017 konnten alle Module fristgerecht implementiert werden.

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 2018 abgeschlossen sein damit im Jahr 2019 mit der Entwicklung und Implementierung begonnen werden kann. Bis Mitte 2020 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 20. Dezember 2017 aufgrund der Kürzung der kantonalen Leistungen ab dem 1. Januar 2018 sofort angegangen werden. Involviert sind dabei alle betroffenen Mitarbeitenden der Tagesklinik Lenzburg und die Leitung der Klinik Im Hasel AG. Für das Defizit wurde eine Defizitgarantie der von Effinger Stiftung eingeholt. Als strategischer Entscheid wurde die Weiterführung der Tagesklinik beschlossen.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Betriebskonzept Stationäre Therapie

Im Jahr 2017 kam es zur Umsetzung eines neuen Betriebskonzeptes. Nachdem sich die Stationäre Therapie Gontenschwil in den letzten Jahren qualitativ stets auf sehr hohem Niveau weiterentwickelt hat (Umsetzung der S3-Leitlinien, Ausbau der Expertise zu Sucht und Trauma), waren nun deutliche strukturelle und inhaltliche Anpassungen nötig, um mit besten Voraussetzungen den Anforderungen der nächsten Jahre zu begegnen. Nach einer neunmonatigen Planungsphase startete das neue Betriebskonzept im März 2017. Der Gesamtbetrieb wurde auf zwei Therapiestationen aufgeteilt. Ein vollkommen neues standardisiertes Raumnutzungskonzept und eine zentrale Terminplanung gelangten zur Realisation. Die Patientinnen und Patienten profitieren von einem neuen Wochenplan, der die Wirkfaktoren der Gruppentherapie nebst den einzeltherapeutischen Angeboten ins Zentrum der Behandlung stellt. Kunst-, körper- und ergotherapeutische Gruppenangebote, evidenzbasierte Verfahren und offene Gruppenpsychotherapien können unsere Patientinnen/Patienten nun im vertrauten Umfeld ihrer Bezugsgruppe absolvieren. In der Pflege wurde unser neues DBT-Sucht-Konzept eingeführt. Das zeitlich überlappende Einsetzen des neuen Klinikinformationssystems KIS, unterstützte diesen organisatorisch hochkomplexen Vorgang. Rückblickend können wir sagen, dass dieser grösste Strukturwandel der Klinik Im Hasel der letzten Dekade zu noch schlankeren und zukunftsfähigen Behandlungsabläufen geführt hat.

18.2.2 Restrukturierung Tagesklinik Lenzburg

Ein besonderes «Geschenk» war die vom Regierungsrat verfügte Kürzung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen für die Tageskliniken im Kanton Aargau. Dies bedeutete mit einem Vorlauf von knapp zehn Tagen, dass der Betrag des Kantons an die Tageskliniken um 15 % gekürzt wurde. Wir stellten uns der grossen Herausforderung, die budgetierten Kosten zu senken und gleichzeitig ein weiterhin wirksames Angebot zur Verfügung zu stellen. Dank der Mitarbeit aller ist es gelungen, die Bedürfnisse unserer Patienten durch gezielte Anpassungen des Therapieangebotes im Fokus zu behalten. Die Nachfrage für unsere teilstationären Therapieplätze war das ganze Jahr über sehr hoch; dementsprechend gelang es uns erneut, eine konstant gute Belegung zu erzielen. Trotz der einschneidenden Anpassungen zeigten die durchgeführten Patienten- und Mitarbeiter-Zufriedenheitsevaluationen vergleichsweise hohe Werte.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Aufrechterhaltungsaudit ISO und QuaTheDA

Im Juni 2018 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 und der erfolgreichen Umsetzung der TARPSY Umstellung.

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

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.patientsicherheit.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**).