

# Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

21.05.2019  
Stefan Gerber, CEO

Version 2



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 2018.

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. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Herr  
Stefan Gerber  
CEO  
+41 (0)31 828 14 00  
[stefan.gerber@suedhang.ch](mailto:stefan.gerber@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. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

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](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>8</b>
2.1 Organigramm .....	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	11
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
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>15</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>16</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>16</b>
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
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>19</b>
7.1 Eigene Befragung .....	19
7.1.1 Mitarbeiter/innenzufriedenheit .....	19
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>20</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Die Klinik führt für diesen Bereich keine Messungen durch.	
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>11 Infektionen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>12 Stürze</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>13 Wundliegen</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>20</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	20
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>17 Weitere Qualitätsmessungen</b> .....	<b>22</b>
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 .....	24
17.1.5	Unfallstatistik .....	24
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>25</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	25
18.1.1	Strategie 2019 - 2023 .....	25
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 .....	26
18.2.1	Einführung TARPSY 0.1 .....	26
18.2.2	Neue Organisation .....	26
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	27
18.3.1	Rezertifizierung REKOLE .....	27
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>28</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot .....</b>		<b>29</b>
	Psychiatrie .....	29
<b>Herausgeber .....</b>		<b>30</b>

# 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 Kirchlindach die Stationären Therapien Südhang mit 72 Plätzen und folgenden Programmschwerpunkten:

## **Qualifizierter Entzug und Abklärung QuEA (24 Plätze, 1-4 Wochen)**

Der körperliche Entzug von Alkohol, Medikamenten oder anderen Substanzen kann auf der klinikinternen Entzugs- und Abklärungsstation durchgeführt werden. Die Entzugsbehandlung dauert in der Regel 10 bis 14 Tage. Patientinnen und Patienten werden während dieser Zeit ärztlich betreut, umfassend suchtmmedizinisch abgeklärt und im Rahmen eines strukturierten Therapieprogramms begleitet. Im Anschluss an diese Behandlung kann eine ambulante Therapie, eine kurze Stabilisierungsphase oder eine längere Entwöhnungstherapie zur vertieften Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit geplant werden. Auch eine andere Anschlusslösung ist möglich.

## **Therapieprogramm**

Das Therapieprogramm umfasst medizinische Versorgung, Pflege, Einzel- und Gruppenpsychotherapien, Sport- und Bewegungstherapie, Aktivierung, Kliniksozialdienst.

## **Psychotherapie der Suchterkrankungen PTS (48 Plätze, 8-12 Wochen)**

Patientinnen und Patienten, die den körperlichen Entzug vom Suchtmittel abgeschlossen haben, können klinikintern in eine Psychotherapie der Suchterkrankungen wechseln oder von einer externen Behandlung in die Klinik Südhang übertreten. Ziel der Psychotherapie der Suchterkrankungen ist die körperliche und psychische Stabilisierung. Gleichzeitig setzen sich die Patientinnen und Patienten mit ihrer Suchtgeschichte auseinander und trainieren neue Verhaltensstrategien im Umgang mit Suchtmitteln. Die Behandlung dauert entweder 8 oder 12 Wochen – je nach Situation der betroffenen Person.

## **Therapieprogramm**

Medizinische Versorgung, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Kunsttherapie, spirituelle Therapie, Musiktherapie, Suchtinformationen

## **Arbeitsintegrationsprogramm, gegliedert in zwei Stufen (12 Plätze)**

Die Klinik Südhang verfügt über ein Angebot zur Arbeitsintegration. Dieses richtet sich an Personen, die stellenlos sind, deren Arbeitsplatz gefährdet ist oder die keine Tagesstruktur haben. Teilnehmen können Patientinnen und Patienten, die sich klinikintern in einem Entwöhnungsprogramm befinden oder Personen, die von externen Stellen zugewiesen werden (z.B. Regionale Arbeitsvermittlungszentren, Invalidenversicherung, Sozialdienste). Ziel der Arbeitsintegration ist eine Festanstellung im ersten Arbeitsmarkt.

## **Regionale Ambulante Dienste Südhang RADS**

Zu den Regionalen Ambulanten Diensten Südhang gehören die Tagesklinik Südhang in Bern (16 Plätze) sowie die Ambulatorien in Bern, Biel und Burgdorf. Menschen mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit oder mit einem anderen Suchtproblem profitieren von individuell abgestimmten Therapieangeboten und umfassenden suchtmmedizinischen und psychiatrischen Dienstleistungen.

## **Suchtpsychiatrische Dienstleistungen Südhang SDS**

Die Suchtpsychiatrischen Dienstleistungen Südhang umfassen Angebote in den Bereichen Konsiliar- & Liaisonpsychiatrie und substanzgestützte Behandlung.

## **Einzugsgebiet**

Die Klinik Südhang figuriert auf der Spitalliste des Kantons Bern und Solothurn 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.

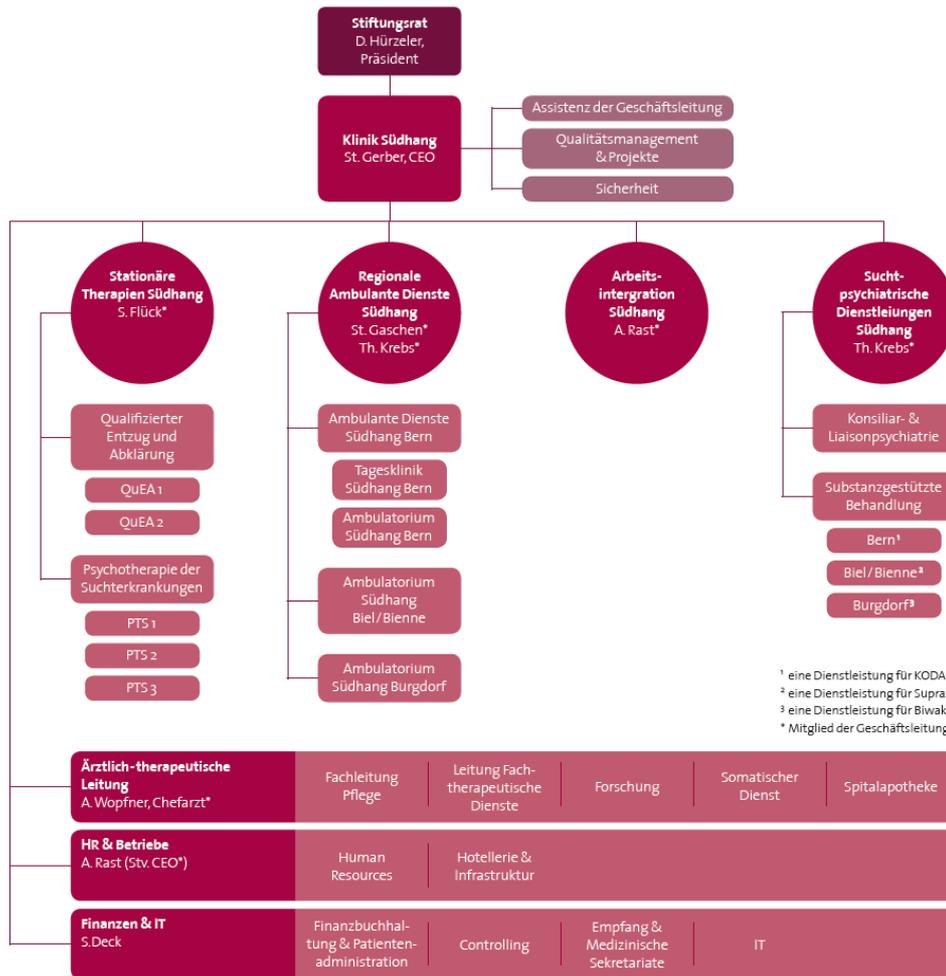
**Rechtsform**

Stiftung

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Organigramm Klinik Südhang ab März 2018

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt dem CEO unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Philipp Meier  
 Leiter Qualitätsmanagement & Projekte  
 031 828 14 37  
[philipp.meier@suedhang.ch](mailto:philipp.meier@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. In der Klinik 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 Qualitätsmanagements
- 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 2018

##### Strategie 2019 - 2023

2018 wurde das Projekt Strategie 2019 - 2023 aufgeführt. Die Strategie wurde bis im März 2019 entwickelt und dann durch den Stiftungsrat verabschiedet. Eingebunden waren Exponenten aus dem Stiftungsrat, die Geschäftsleitung und Personen aus dem Kader.

##### Die Organisationsstruktur wurde 2017 überprüft und ein alternatives Organisationsmodell entwickelt

folgende Ziele sind dabei verfolgt worden: Förderung der fachlichen entwicklungskongruenten Gestaltung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten. Dezentralisierung der Entscheidungskompetenzen. Die neue Organisationsstruktur wurde per 1. März 2018 umgesetzt (vgl. Organigramm Kap. 2.1).

##### Leitlinien der Führung & der Zusammenarbeit

Die Leitlinien der Führung und Zusammenarbeit wurden durch die Geschäftsleitung und die Kaderkonferenz entwickelt und definiert. Mit internen Impulsen und Bildungsveranstaltungen werden die Leitlinien im Betrieb verankert und gefestigt.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

### **TARPSY 1.0**

Die Voraussetzung für die Abrechnung unter TARPSY 1.0 (Nationales Tarifsysteem für die Psychiatrie) wurden implementiert.

### **Rezertifizierung QuaTheDA und ISO 9001:2015**

Das Qualitätsmanagementsystem wurde im März 2018 während drei Tagen durch Herrn Fischer, Lead Auditor der SQS geprüft. Die Klinik Südhang hat die Zertifikate für weitere 3 Jahre ohne Auflagen erhalten. Impulse aus dem Audit werden für die weitere Entwicklung der Klinik gerne aufgenommen.

### **Überprüfen und Anpassen der Behandlungsprozesse**

Die Behandlungsprozesse wurden in erster Linie hinsichtlich der neuen Führungsstruktur und der Angleichung der ärztlichen und psychologischen Rollen im Bereich der Fallführung überprüft und angepasst.

## 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 wurden über das laufende Jahr 2018 bis 2019 umgesetzt.

### **Umsetzung der Strategie 2019 - 2023**

Die Strategie 2019 - 2023 wird laufend umgesetzt indem spezifische Ziele und daraus abgeleitet, Massnahmen für die kommenden 4-5 Jahre definiert werden.

### **Definition der gewünschten Kennzahlen und Qualitätsmessungen (Behandlung und Management)**

Die Klinik Südhang erhebt Daten für unterschiedliche interne und externe Anspruchsgruppen. In einem internen Prozess wird geklärt, welche Daten zu welchem Zweck weiter erhoben werden sollen.

## 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](http://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 Klinik Südhang erhebt als elektive Klinik die freiheitsbeschränkenden Massnahmen nicht. Es werden keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen durchgeführt.

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

### 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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ZüPAZ (Zürcher Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit)</li> </ul>
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Act-Info Ein- und Austritt</li> <li>▪ TMT (Trail Making Test, CASE Abstinenzmotivation, SCI Fragebogen zum Umgang mit Stress, ISK Inventar sozialer Kompetenzen, LQ Lebensqualität, BDI-II (Beck-Depressions-Inventar)</li> <li>▪ Interne Audits</li> <li>▪ Abbruchquote</li> <li>▪ Unfallstatistik</li> </ul>

#### 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

<b>Ziel</b>	Zertifizierung im März 2018
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Bis 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Weiterentwicklung des Systems und Zertifizierung.
<b>Methodik</b>	Ergänzen der Standards in den Prozessen und Hilfsmitteln (Risikomanagement in Prozessen abbilden, Optimieren des Projektmanagements)
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Qualitätsbeauftragter, Q-Leiter, Prozessverantwortliche
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Empfehlungen des Audits werden im Verlauf der Jahre 2018 und 2019 umgesetzt.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Praxisbuch ISO 9001:2015

##### Organisationsentwicklung 2018

<b>Ziel</b>	Förderung der fachlichen Entwicklung, kongruente Gestaltung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, Dezentralisierung der Entscheidungskompetenzen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Juni 2017 bis Mitte 2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	("siehe Ziele")
<b>Methodik</b>	Projekt mit externer Begleitung.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Management, Ärzt/innen und Psycholog/innen, Pflege, Fachtherapien
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Ende 2018/ Anfangs 2019: 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 im Jahr 2011 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

#### 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 2019 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 (Aufrechterhaltungsaudit). 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 erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. 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 2018 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie).

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 ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die von April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten der Forensik.</li> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 ZüPAZ (Zürcher Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit)

Mittels ZüPAZ wird die Patient/innenzufriedenheit aus der Patient/innenperspektive im stationären Rahmen erhoben. Es werden Fragen zu folgenden Aspekten des Klinikaufenthaltes, der Behandlung und Therapie erhoben:

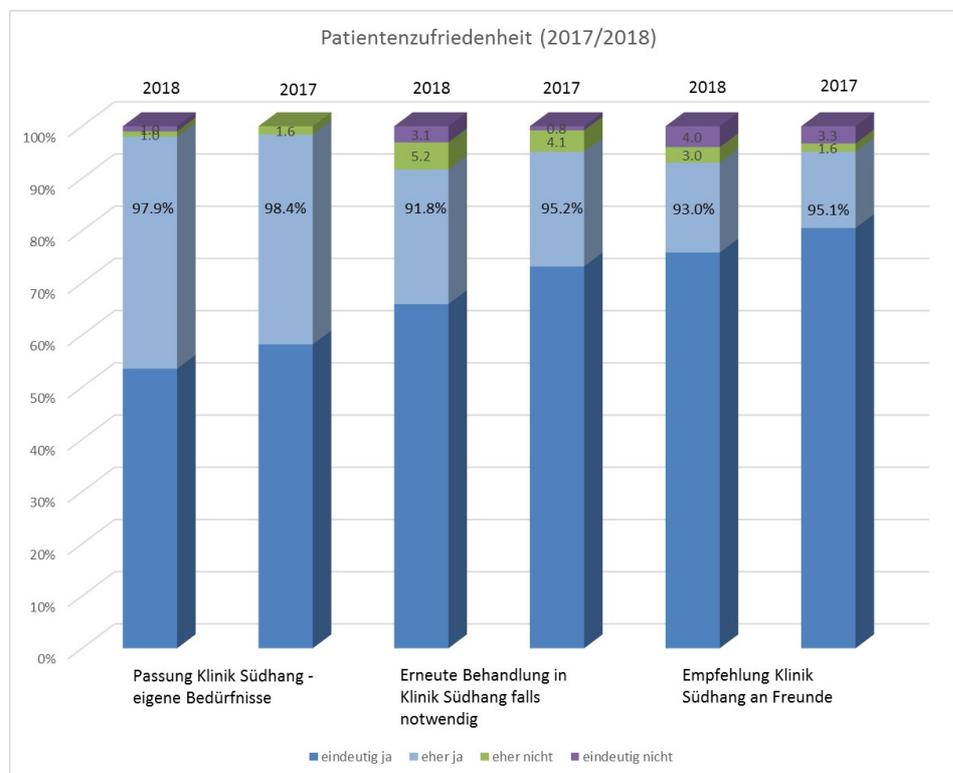
- Professionalität und Fachkompetenz der verschiedenen Berufsgruppen: (Administration, Medizin, Pflege, Therapie) . Weiter weden Rahmenbedingungen (Unterbringung und Verpflegung)
- Patient/innenautonomie (Mitbestimmung bei den Behandlungszielen und der Therapie)
- Erlebtem Respekt im Umgang mit den Patient/innen
- Informationsabgabe bei Ein- und Austritt gestellt

Der Fragebogen weist eine hohe Trennschärfe der einzelnen Items auf, damit er zur Optimierung der Zufriedenheitsaspekte genutzt werden kann und aus den Ergebnissen konkrete Verbesserungsmassnahmen abgeleitet werden können.

Der ZüPAZ wurde im stationären Bereich der Klinik während drei ausgewählten Monaten erhoben. Die Auswertung erfolgte intern. Neu können die Abteilungen "Qualifizierter Entzug und Abklärung" sowie "Psychotherapie der Suchterkrankungen" miteinander verglichen werden. Die Resultate der Befragung waren im März 2019 verfügbar.

Diese Patientenbefragung haben wir vom November 2018 bis Januar 2019 durchgeführt. Stationäre Therapien Südhang: - Qualifizierter Entzug und Abklärung - Psychotherapie der Suchterkrankungen

Die Befragung wurde bei den aus der **stationären Behandlung** austretenden Patient/innen (N=118) durchgeführt. Teilgenommen haben letztlich 100 (84.75%).



Die Ergebnisse der ZüPAZ Befragung zeigen dass:

- Die Klinik Südhang den Bedürfnissen von 97.9% der Befragten entsprochen hat;

- 91.8% der Befragten sich erneut in der Klinik Südhang behandeln lassen würden;
- 93% der Befragten die Klinik Südhang ihren Freunden empfehlen würden.

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](mailto:info@ombudsstelle-spitalwesen.ch)

Mo bis Freitag 08.00-17.00

Es sind keine Beschwerden bei der  
Umbudsstelle eingegangen.

## 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 Januar / Februar 2019 geplant.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2013 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2019.

Alle Bereiche

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	MECON
Methode / Instrument	Mitarbeitendenzufriedenheit

## 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](http://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	2014	2015	2016	2017
<b>Klinik Südhang</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	4.83	5.42	6.53	4.84
Standardabweichung (+/-)	6.27	6.71	5.87	5.90

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2014	2015	2016	2017
<b>Klinik Südhang</b>				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	17.94	20.79	19.39	20.65
Standardabweichung (+/-)	29.04	24.46	24.52	28.41

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/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

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

## 17 Weitere Qualitätsmessungen

### 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 2018 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 2018 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 2018 durchgeführt.  
- Qualifizierter Entzug und Abklärung - Psychotherapie der Suchterkrankungen - Tagesklinik

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 und ambulanten Therapien der Klinik Südhang.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Stationäre Therapien Klinik Südhang - Qualifizierter Entzug und Abklärung - Psychotherapie der Suchterkrankungen Regionale Ambulante Dienste Südhang - Tagesklinik

Alle Patient/innen mit Aufenthalt im stationären Bereich der Klinik Südhang.

Total Eintritte (stationär) 2018: 479

Alle Patient/innen mit Aufenthalt in der Tagesklinik der Klinik Südhang.

Total Eintritte (Tagesklinik) 2018: 99

Die Abbruchquoten über das gesamte Jahr 2018 betragen:

#### Qualifizierter Entzug und Abklärung

Abbruch durch Patient: 8%

#### Psychotherapie der Suchterkrankungen

Abbruch durch Patient: 15%

**Gesamt stationär: 14%**

**Tagesklinik: 11%**

#### 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 2018 durchgeführt.

Alle Mitarbeitenden der Klinik Südhang.

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

#### Ergebnisse

##### Berufsunfälle BU

Bagatelle 2

Mit Ausfall 0

##### Nichtberufsunfälle NBU

Bagatelle 18

Mit Ausfall 4

**Ausfalltage gesamt: 63**

#### 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 Strategie 2019 - 2023

**Projektart:**

Strategieprojekt

**Projektziel:**

- Festlegen der Strategie für die nächsten 5 Jahre

**Projekttablauf:**

- Durch ein hoch strukturiertes Vorgehen wurde mittels den Schritten "Analyse" > "Ziele festlegen" > "Massnahmen" in 3 Workshops die Strategie 2019 - 2023 erarbeitet.

**Involvierte Gruppen:**

- Mitglieder des Stiftungsrates
- Geschäftsleitung
- Mitglieder des Kaders
- externe Experten

**Projektelevaluation:**

- Die Strategie wird jährlich überprüft und angepasst.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

### 18.2.1 Einführung TARPSY 0.1

**Projektart**

IT-/Finanzprojekt

**Projektziel**

- Einführung TARPSY 1.0 als neues nationales Abgeltungssystem in der Psychiatrie

**Projekttablauf:**

- Implementieren des neuen Finanzierungssystems in der Behandlung und in der IT
- Die Abrechnung wird vollständig elektronisch Datenbezogen durchgeführt

**Involvierte Berufsgruppen**

- Ärztinnen/Ärzte
- Psycholog/innen
- Pflege
- Finanzen/Controlling
- IT

**Evaluation:**

- Die Codierung wird mittels Codierrevisionen geprüft. Die vollständige Fakturierung ist Teil der finanziellen Rechenschaftsablage und damit Gegenstand der Revision

### 18.2.2 Neue Organisation

**Projektart**

Organisationsentwicklungsprojekt

**Projektziele**

Neue Aufbauorganisation, angepasste Prozesse, Führungsstrukturen

- Umstellung per 1. März 2018
- Anpassen der Prozesse und Hilfsmittel im QM bis September 2018

**Involvierte Berufsgruppen**

- Ärzte, Pflege, Therapeuten, Betriebswirtschaft, Technik, Administration

**Projekttablauf / Methodik**

- Vorprojekt in der zweiten Jahreshälfte 2017
- Entwicklung und Präsentation des neuen Organigramms (Matrixdarstellung)
- Führungsseminare für die Kaderkonferenz
- Umsetzen der neuen Struktur über diverse Teilprojekte

**Projektelevaluation:**

Evaluation des Projektes Januar / Februar 2019 / Mitarbeiterbefragung (MECON)

## **18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte**

### **18.3.1 Rezertifizierung REKOLE**

#### **Projektart**

Finanzprojekt

#### **Projektziel**

- REKOLE Rezertifizierung Klinik Südhang 2019
- Erhalt des Zertifikates für weitere 4 Jahre

#### **Projekttablauf**

- Einbezug einer Zertifizierungsstelle. Planung und Durchführung des Audits mit der externen Stelle. Antrag für das Zertifikat durch die externe Stelle

#### **Involvierte Berufsgruppen**

- Finanzbereich, Betriebswirtschaft

## 19 Schlusswort und Ausblick

Schwerpunkt unseres Qualitätsmanagements ist die noch gezieltere Ausrichtung unserer Angebote und Prozess auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten.

Das Sicherstellen und die Weiterentwicklung der Qualität auf allen relevanten Ebenen der Institution ist unser 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. Gezielte und standardisierte Katamneseerhebungen dienen dabei der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität und des Behandlungsangebots.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

### Psychiatrie

#### Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

## 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](http://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 (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://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.spitalinfo.ch](http://www.spitalinfo.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



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

Siehe auch: [www.anq.ch](http://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](http://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**).