

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
Luis Schüller
Leitung Qualitätsmanagement und Projekte
062 738 60 47
lschueller@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. 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.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin 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 2018.....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren.....	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen	10
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen.....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte.....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen.....	13
4.5 Registerübersicht	
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht.....	13
QUALITÄTSMESSUNGEN.....	14
Befragungen	15
5 Patientenzufriedenheit.....	15
5.1 Eigene Befragung	15
5.1.1 Zuf 8, Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit	15
5.1.2 Zufriedenheit Gefässe.....	15
5.1.3 QuaTheSI Patientenzufriedenheit	16
5.1.4 Katamnese	16
5.2 Beschwerdemanagement	16
6 Angehörigenzufriedenheit.....	17
6.1 Eigene Befragung	17
6.1.1 Zufriedenheitsbefragung der Angehörigen auf Teilaspekte der Behandlung.....	17
7 Mitarbeiterzufriedenheit	18
7.1 Eigene Befragung	18
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit.....	18
8 Zuweiserzufriedenheit	19
8.1 Eigene Befragung	19
8.1.1 Erfassung der Zuweiserzufriedenheit.....	19
Behandlungsqualität.....	20
9 Wiedereintritte	
Für eine elektive Suchtfachklinik ist diese Erhebung nicht relevant.	
10 Operationen	
Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
11 Infektionen	
Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
12 Stürze	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
13 Wundliegen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
15 Psychische Symptombelastung.....	20
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	20

16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	22
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	22
18.1.1	Reorganisation QM	22
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	22
18.2.1	Einführung KIS	22
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	22
18.3.1	Keine neuen Zertifizierungsprojekte geplant	22
19	Schlusswort und Ausblick	23
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		24
	Psychiatrie	24
Herausgeber		25

1 Einleitung

Geschichte der Klinik Im Hasel

Die Klinik Im Hasel, ein Haus der Von Effinger Stiftung, wurde 1973 eröffnet, 1990 erweitert und 2010 umfassend saniert. In ihrer über 40 jährigen Geschichte entwickelte sie sich zur führenden Institution der stationären Behandlung von Menschen mit Substanzstörungen im Kanton Aargau. Zur Leistungserweiterung wurde 2011 das Ambulatorium in Lenzburg eröffnet, und im Jahr 2014 folgte die Einweihung der Tagesklinik in Lenzburg. Die Klinik Im Hasel AG wurde zum 01.01.2014 als gemeinnützige AG gegründet. Die Von Effinger Stiftung besitzt 100% der Anteile. 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 2018

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 Qualität und Projekte ist die qualitätsbeauftragte Stelle, welche interne und externe 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 als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **40** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. Thomas Lüddeckens
CEO
062 738 60 00
tlueddeckens@kih.ch

Herr Luis Schüller
Leitung Qualitätsmanagement und Projekte
062 738 60 47
lschueller@kih.ch

3 Qualitätsstrategie

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

Für die therapeutische Arbeit mit unseren Patientinnen und Patienten haben wir über mehrere Jahre eine Intervention (Leistungssensible Suchttherapie, LST) entwickelt, die zu einem Paradigmenwechsel im Umgang mit der eigenen Sucht führt. Diese konnte nun nach umfangreicher und erfolgreicher Forschungsaktivität erstmals vollumfänglich in das therapeutische Angebot der Klinik im Hasel integriert werden. Wo früher Scham und Vermeidung waren, wird heute authentischer, auf Leistung und Anstrengung gegründeter Stolz, empfunden. Dieser authentische Stolz steht in positivem Zusammenhang mit Eigenschaften wie Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit, Offenheit für Erfahrungen, emotionale Stabilität, Selbstkontrolle und Zielstrebigkeit. Menschen, die authentischen Stolz empfinden können, können sich besser an andere anpassen und unterstützen diese mehr.

Seit dem 1. Januar 2018 gilt für die psychiatrischen stationären Behandlungen das Tarifsystem TARPSY. Eine Herausforderung, nicht nur für die Klinik Im Hasel. Dank frühzeitiger Beschäftigung mit dem Thema wurde die Einrichtung eines Codierplatzes, die notwendigen Prozesse, Vorgaben zur Behandlungsdokumentation bis hin zu gewissen Anpassungen in der Behandlung bereits im zweiten Halbjahr 2017 definiert und etabliert sowie alle tangierten Berufsgruppen umfassend geschult. Die Codierung der stationären Fälle gemäss den Vorgaben von SwissDRG und mit Ziel eines möglichst optimalen Erlöses erfolgt seit dem 1.1.2018. Die Codierqualität sowie die Rechnungsstellung wurden im September einer Zwischenrevision unterzogen und auf gutem Niveau befunden, was auch die Codierrevision im März 2019 bestätigte (kein PCG-Wechsel).

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

Das im Sommer 2016 gestartete Projekt zur Einführung eines neuen Klinikinformationssystems konnte zum Anfang des Berichtsjahres erfolgreich abgeschlossen werden. Erhebliche Qualitäts- wie auch Effizienzsteigerung im Zusammenhang mit dieser Einführung können in allen Bereich betroffenen Bereichen festgestellt werden.

Eine neu konzipierte Zuweiserbefragung konnte zum Jahreswechsel 2018/ 2019 erfolgreich durchgeführt werden. Resultierende Verbesserungsmaßnahmen wurden eingeleitet und teilweise bereits umgesetzt.

Das Aufrechterhaltungsaudit nach der ISO Norm 9001:2015 / QuaTheDA 2012: wurde ohne Abweichungen im Juni 2018 abgeschlossen.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Zur Stärkung aller qualitätsrelevanten Aktivitäten wird eine Reorganisation des Qualitätsmanagements in sog. Qualitätskreise , sowie die Implementierung neuer Prozesse und Strukturen evaluiert.

Zur Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit und zur Reduktion des administrativen Aufwandes wird die Einführung einer neue technische Lösung zum Betrieb des QM-Handbuchs evaluiert (bis anhin wird eine eigene Lösung betrieben).

Methoden des Lean-Managements sollen insb. im Bereich interner Qualitätskontrollen und kontinuierlicher Verbesserung Anwendung finden.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

Bemerkungen

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

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

Bemerkungen

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Zuf 8, Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit
▪ Zufriedenheit Gefässe
▪ Katamnese
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
▪ Zufriedenheitsbefragung der Angehörigen auf Teilaspekte der Behandlung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Erfassung der Zuweiserzufriedenheit

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Einführung KIS

Ziel	Ein für die Anspruchspersonen geeignetes 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.
Evaluation Aktivität / Projekt	Projekt konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Resultierende Qualitäts- und Effizienzgewinne sind in allen betroffenen Bereichen festzustellen.

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.

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.
Evaluation Aktivität / Projekt	Abgeschlossen

Reorganisation Qualitätsmanagement

Ziel	Stärkung der qualitätsrelevanten Aktivitäten, Prozesse und Strukturen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Qualitätsmanagement
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Anfang 2020
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, 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 2013 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.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

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 2018 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 vom 01. Januar 2018 - 31. Dezember 2018. Der Fragebogen wurde an alle austretenden Patientinnen und Patienten ausgehändigt und von 122 Personen ausgefüllt und auswertbar zurück gegeben.

Die Klinik Im Hasel erhebt die Patientenzufriedenheit seit 2015 mit dem Instrument Zuf8 bei allen Austritten. Die Indikatoren zur Gesamtzufriedenheit (7) und zur Weiterempfehlung (8) werden als aussagekräftige Items zur Gesamtzufriedenheit des Aufenthalts angesehen. Zielsetzung der Klinik ist eine 90% Bewertung dieser beiden Items mit sehr gut bis gut. Nach knapper Erreichung dieses Ziels in den Jahren 2016 und 2017, konnte es im Berichtsjahr 2018 knapp nicht erreicht werden.

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 2018 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 2018 durchgeführt.

Die nächste Patientenbefragung erfolgt im Jahr 2020.

Die Befragung wurde in der Stationäre Therapie Gontenschwil durchgeführt.

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

5.1.4 Katamnese

Die Klinik im Hasel erhebt bei allen Patient_Innen nach 3, 6 und 12 Monaten einen intern entwickelten Katamnesefragbogen. Dieser erlaubt Aussagen in Bezug auf den individuellen Behandlungserfolg zu machen und dient der ständigen Weiterentwicklung der Behandlung.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Stationäre Therapie

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es handelt sich um ein internes Evaluationsinstrument.

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Im Hasel AG

Klinik Im Hasel AG

Dr. Thomas Lüddeckens

CEO

062 738 60 00

tlu@kih.ch

6 Angehörigenzufriedenheit

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

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Zufriedenheitsbefragung der Angehörigen auf Teilaspekte der Behandlung

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

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
Stationäre Therapie Gontenschwil

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Mitarbeitendenbefragung 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. Die nächste Erhebung ist für das Jahr 2019 geplant.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2019.

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.

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 13.3%. Zudem wird ganzjährig die Entwicklung der Zuweisungen erhoben. Dadurch werden Unregelmässigkeiten festgestellt und können in einer persönlichen Rücksprache besprochen werden.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom Dezember 18 bis Januar 19 durchgeführt. Die Zuweiserumfrage wird für alle Klinik Standorte erhoben. Zuweisende der Klinik im Hasel der letzten 2 Jahre.

Befragungszeitraum: 12. Dezember 2018 bis 11. Januar 2019; 28 Teilnehmende

88.9% der Befragten gaben an die Klinik im Hasel zur Behandlung von Suchtpatient_innen Ihren Kolleg_Innen weiterzuempfehlen.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

- Sehr positive Rückmeldung zum therapeutischen Angebot, sowie den Kompetenzschwerpunkten Sucht- und Trauma
- Sehr positive Rückmeldung zum Weiterbildungsangebot
- Engere Informationsaustausch nach Zuweisung erwünscht.

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	2014	2015	2016	2017
Klinik Im Hasel AG				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	4.39	5.32	6.11	5.92
Standardabweichung (+/-)	6.75	5.95	7.03	6.18

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2014	2015	2016	2017
Klinik Im Hasel AG				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	17.18	15.89	16.63	15.47
Standardabweichung (+/-)	24.51	22.56	23.91	34.48

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.](#)

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.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Reorganisation QM

Im Q3/ Q4 2019 ist eine grundlegende Reorganisation des Qualitätsmanagements (QM) geplant. Dabei soll das QM der gesamten Organisation in sog. Qualitätskreise aufgegliedert und damit verbundene Zuständigkeiten neu definiert werden.

Auch soll das QM-System inhaltlich überarbeitet, bereinigt und erweitert werden. Bei der Erweiterung liegt dabei der Fokus insb. auf Prozessübersichtsdokumenten. Das interne Auditprogramm soll ebenfalls an die neue Organisation der Qualitätskreise angepasst werden. Extern durchgeführte Schulungen des internen Audit-Teams sollen dabei Wissen auffrischen, sowie neue Impulse bei der Durchführung der Audits setzen.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Einführung KIS

Das im Sommer 2016 und bis Q1/2018 geplante Projekt zur Einführung eines neuen Klinikinformationssystems (KIS) konnte fristgerecht um Januar 2018 abgeschlossen werden. Ziel des Projekts war die Einführung eines neuen zentralen Systems an allen Behandlungsstandorten (stationär, teilstationär und ambulant), sowie eine grösstmögliche Abdeckung der behandlungsrelevanten Prozesse. Seit dem Jahr 2016 wurden an allen drei Standorten stufenweise die Module Personaleinsatzplanung, Disposition, Terminplanung und Leistungserfassung, sowie Dokumentation und Berichtswesen eingeführt. Dabei wurde in einem interdisziplinären Team aus Ärzt_Innen, Therapeut_Innen, Pflegefachpersonen und Administration Prozesse und deren Umsetzung grundlegend neu entworfen und implementiert.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Keine neuen Zertifizierungsprojekte geplant

Im Berichtsjahr sind keine neuen Zertifizierungsprojekte geplant.

19 Schlusswort und Ausblick

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 spitalinfo.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
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 (**FKQ**), 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.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



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**).