

Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

27.05.2020
Stefan Gerber, CEO

Version 3



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 2019.

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 2019

Herr
Philipp Meier
Leiter QM & Projekte
+41 31 828 14 37
philipp.meier@suedhang.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil. Nach Akutsomatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualitätsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitätern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: www.patientensicherheit.ch/momo.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

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. Andererseits 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, wenn 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	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	14
QUALITÄTSMESSUNGEN	15
Befragungen	16
5 Patientenzufriedenheit	16
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	16
5.2 Beschwerdemanagement	17
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	18
7.1 Eigene Befragung	18
7.1.1 MECON: Mitarbeiter/innenzufriedenheit	18
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	19
9 Wiedereintritte Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
10 Operationen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
11 Infektionen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
12 Stürze Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
13 Wundliegen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
15 Psychische Symptombelastung	19
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	19
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17 Weitere Qualitätsmessungen	21
17.1 Weitere eigene Messungen	21
17.1.1 Act-Info Ein- und Austritt	21
17.1.2 ADHS Screening ASRS, TMT Trail Making Test, CASE Abstinenzmotivation, SCI	

17.1.3	Interne Audits	22
17.1.4	Abbruchquote	23
17.1.5	Unfallstatistik	24
18	Projekte im Detail	25
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	25
18.1.1	Schulenübergreifendes Störungsmodell der Abhängigkeitserkrankungen inkl. praktikabler Fallkonzeption	25
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019	26
18.2.1	Intensivprogramm	26
18.2.2	Fachstelle Anmeldung und Beratung	26
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	27
18.3.1	Rezertifizierung REKOLE.....	27
19	Schlusswort und Ausblick	28
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		29
	Psychiatrie	29
Herausgeber		30

1 Einleitung

Kurzporträt der Institution

Die Klinik Südhang ist ein Listenspital in den Kantonen Bern und Solothurn zur elektiven Behandlung von erwachsenen Menschen mit Abhängigkeiten oder schädlichem Gebrauch von legalen und illegalen Substanzen mit einem überregionalen Einzugsgebiet in der gesamten Deutschschweiz. Die Angebote der Klinik Südhang richten sich grundsätzlich an alle Menschen, die eine Behandlung ihrer Suchterkrankung wünschen.

Die Klinik Südhang besteht aus den Angeboten Stationäre Therapien Südhang STS (QuEA, PTS), Regionale Ambulante Dienste RADS, Arbeitsintegration, Suchtpsychiatrische Dienstleistungen SDS und Opioidagonistentherapie Südhang.

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, Musiktherapie, Kliniksozialdienst

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.

Opioidagonistherapie Südhang

Im Bereich der Opioidagonistherapie arbeitet die Klinik Südhang mit dem Trägerverein Behandlungszentren für Suchtmedizin Bern (KODA), Biel (suprax), Burgdorf (biwak) BZS zusammen.

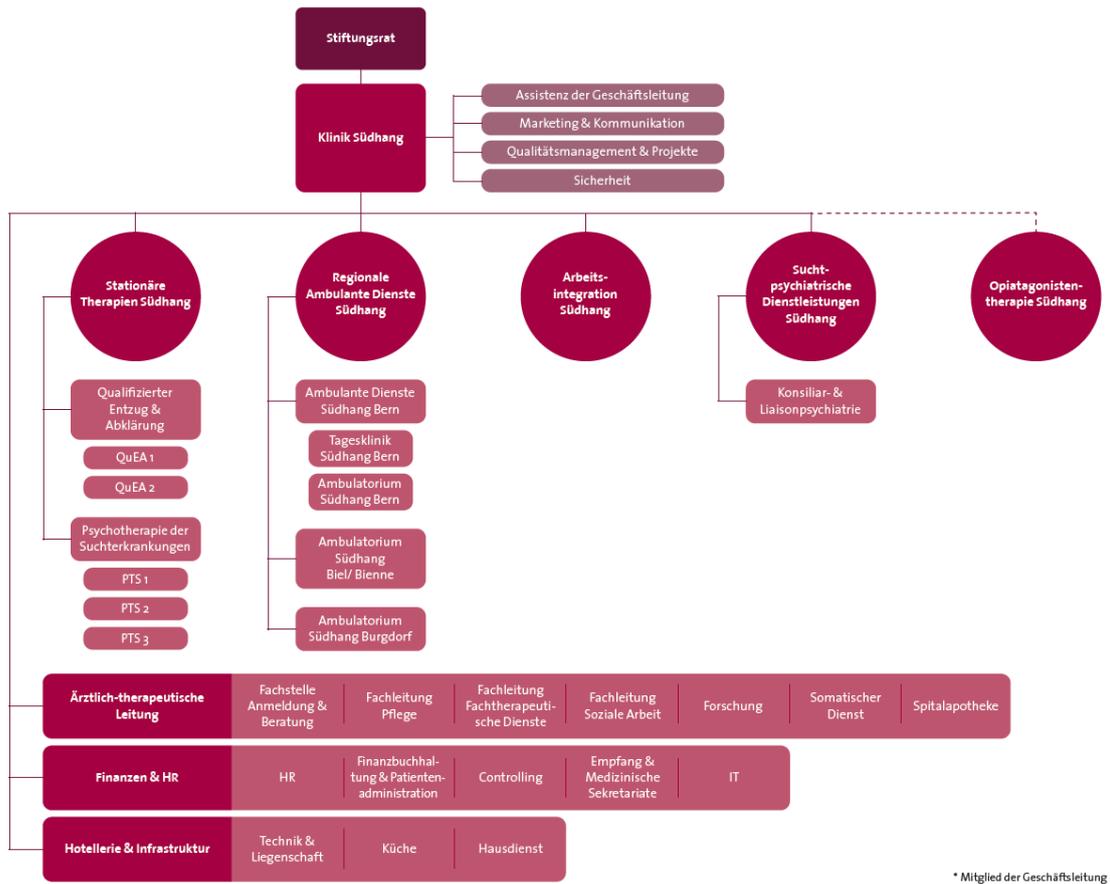
Rechtsform

Stiftung

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Philipp Meier
 Leiter Qualitätsmanagement & Projekte
 031 828 14 37
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 2019

Etablierung zentrale Fachstelle Anmeldung & Beratung FAB

Die zentrale Fachstelle Anmeldung & Beratung nimmt alle Anfragen zu Behandlungsmöglichkeiten von Suchterkrankungen entgegen. Patientinnen und Patienten werden persönlich beraten und über die ambulanten, tagesklinischen und stationären Angebote der Klinik Südhang sowie deren Partnerorganisationen informiert.

Ärztinnen und Ärzte oder andere zuweisende Stellen, die eine Patientin oder einen Patienten anmelden, werden von der Fachstelle Anmeldung & Beratung umgehend bedient. Unter der Leitung des Chefarztes vermittelt die Fachstelle Anmeldung & Beratung Patientinnen Patienten nach Indikation in das passende Angebot.

Reaktivierung und vertiefte Verankerung Critical Incident Reporting System CIRS

Das Berichts und Lernsystem (CIRS) ist ein Instrument des klinischen Risikomanagements. Es dient der Analyse von systembezogenen Fehlern, Risiken, kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden. Aufgrund der Analyseergebnisse werden Risiken identifiziert und/oder Verbesserungs- und Präventionsmassnahmen abgeleitet.

Ziel des CIRS ist es, alle Mitarbeitenden der Klinik Südhang unter Wahrung der Anonymität und Vertraulichkeit zu motivieren, sicherheitsrelevante Probleme, unsichere Prozesse, Abläufe und kritische Vorfälle wie auch unerkannte Fehler in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld zu identifizieren und zu melden. Somit fördern wir eine aktive Lern-, Fehler- und Sicherheitskultur, die einem kontinuierlichen Veresserungsprozess dient.

Um das bestehende CIRS zu reaktivieren und vertiefter in der Klinik Südhang zu verankern, wurde das bestehende CIRS konzeptuell überarbeitet und in der Klinik Südhang neu organisiert.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

Verabschiedung und Umsetzung der Strategie 2019 - 2023

Die Strategie 2019 - 2023 wird laufend umgesetzt indem spezifische Ziele daraus abgeleitet werden, die auch projektbasiert umgesetzt werden. Die strategischen Projekte für die Jahre 2020 - 2021 wurden definiert und initiiert.

Zufriedenheitsbefragung Mitarbeitende

In Zusammenarbeit mit MECON, dem Befragungszentrum für das Schweizer Gesundheitswesen, wurde 2019 die Zufriedenheit der Mitarbeitenden der Klinik Südhang erhoben. Nebst der grossen Zufriedenheit der Mitarbeitenden, konnte durch die Befragung auch Entwicklungspotential identifiziert werden. So wurden der Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung vertieft thematisiert und geeignete Massnahmen abgeleitet.

Aufgrund der guten Resultate, erhielt die Klinik Südhang die Auszeichnung «Top Arbeitgeber Healthcare» 2019 – Exzellenter Arbeitgeber Psychiatriekliniken. Die Auszeichnung «Top Arbeitgeber Healthcare» erhalten Spitäler, welche im Bereich Human Resource Management herausragende Leistungen erbringen. Als Top Arbeitgeber Healthcare – Exzellenter Arbeitgeber Psychiatriekliniken gehört die Klinik Südhang zu den besten 25% der ähnlichen Spitäler/Kliniken im aktuellen MECON Vergleichspool.

[Auszeichnung](#)

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualitätsmanagementnormen ISO 9001:2015/QuaTheDa

Die Umsetzung, Etablierung und Prüfung der Anforderungen, die aus den Qualitätsmanagementnormen ISO/QuaTheDa resultieren, sind eine kontinuierliche Aufgabe. Empfehlungen aus Aufrechterhaltungs- und Rezertifizierungsaudit unterstützen dabei das Qualitätsmanagement.

Umsetzung der Strategie 2019 - 2023

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

Behandlungsqualität

Ab 2020 werden gezielte und standardisierte Katamneseerhebungen bei allen stationären Patientinnen und Patienten durchgeführt. Die Katamneseerhebungen dienen der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität und des Behandlungsangebots.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

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>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MECON: Mitarbeiter/innenzufriedenheit
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Act-Info Ein- und Austritt
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ADHS Screening ASRS, TMT Trail Making Test, CASE Abstinenzmotivation, SCI Fragebogen zum Umgang mit Stress, ISK Inventar sozialer Kompetenzen, LQ Lebensqualität, BDI-II Beck-Depressions-Inventar, RS-13 Resilienzskala
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interne Audits
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abbruchquote
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unfallstatistik

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Weiterentwicklung des QM mit den Standards von ISO 2009:2015

Ziel	Zertifizierung im März 2021
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2018 - 2021
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Weiterentwicklung des Systems und Zertifizierung
Methodik	Ergänzen der Standards in den Prozessen und Hilfsmitteln (Risikomanagement in Prozessen abbilden, Optimieren des Projektmanagements)
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsbeauftragter, Q-Leiter, Prozessverantwortliche
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Empfehlungen der externen und internen Audits werden laufend umgesetzt
Weiterführende Unterlagen	Praxisbuch ISO 9001:2015

Organisationsentwicklung 2018

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

Neukonzeption CIRS

Ziel	Reaktivierung und Vertiefung CIRS im ganzen Betrieb
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	(siehe Ziele)
Methodik	Neukonzeption, Anpassung der Strukturen
Involvierte Berufsgruppen	Management, Mitarbeitende
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufende Auswertung der CIRS in der CIRS-Gruppe

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	Nächste Zertifizierung: 2021
QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen und Alkohol) Suchtspezifische Norm	Ganze Organisation	2003	2018	Nächste Zertifizierung: 2021
Rekole	Finanzbereich	2014	2019/20	

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.

Im Jahr 2018 wurde die Befragung dann bereits im Frühjahr 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

Fragen		Zufriedenheitswert, Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
Klinik Südhang		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?		3.83 (3.65 - 4.01)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?		4.61 (4.45 - 4.77)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?		4.37 (4.20 - 4.53)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?		4.23 (3.98 - 4.48)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?		4.21 (4.00 - 4.42)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?		4.32 (4.11 - 4.52)
Anzahl angeschriebene Patienten 2018		82
Anzahl eingetreffener Fragebogen	76	Rücklauf in Prozent
		93 %

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 18 Jahre) versendet, die von April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Südhang

Ombudsstelle für das Spitalwesen

Manser Roman

Leiter

032 331 24 24

info@ombudsstelle-spitalwesen.ch

Mo bis Freitag 08.00-17.00

Es sind keine Beschwerden bei der Ombudsstelle eingegangen.

7 Mitarbeiterzufriedenheit

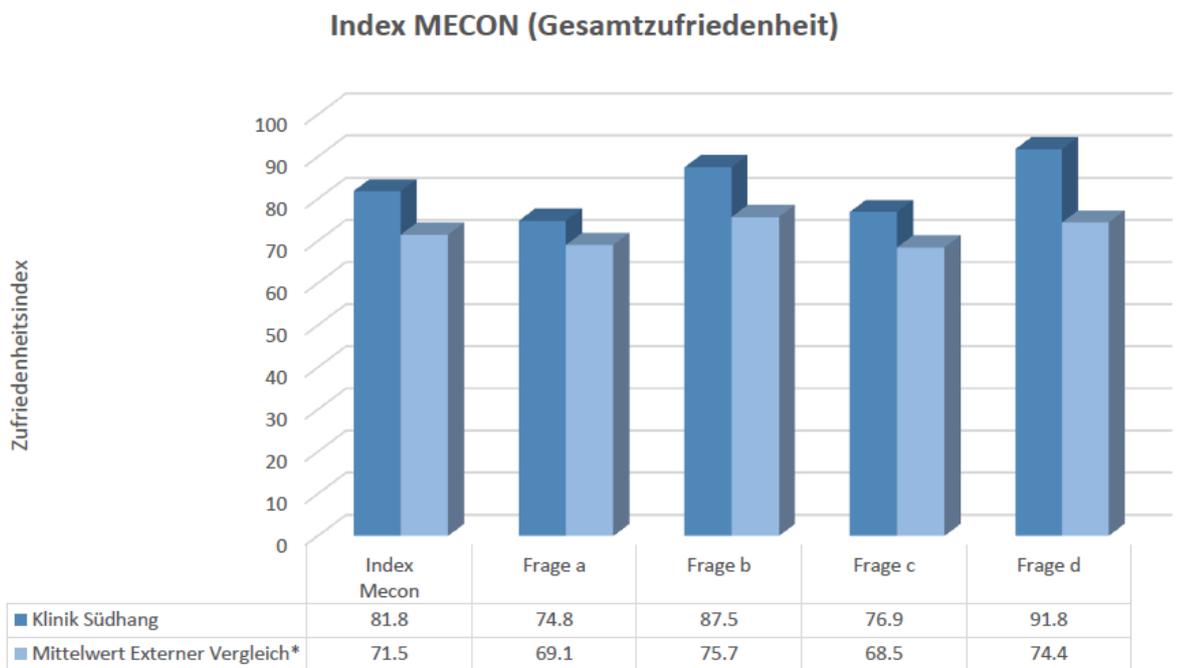
Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 MECON: Mitarbeiter/innenzufriedenheit

Mit MECON wurde die Zufriedenheit der Mitarbeitenden der Klinik Südhang mit einem validierten Fragebogen anonym erfasst. Ziel der Befragung war die Identifikation von Bereichen der Arbeitgeberattraktivität wie auch von Verbesserungspotential.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom Januar 2019 bis Februar 2019 durchgeführt. Alle Bereiche



Grafik: Zufriedenheitsindex (100 = max. Zufriedenheit; 0 = max. Unzufriedenheit)

■ Klinik Südhang ■ Mittelwert Externer Vergleich*

*Vergleichspool: 6 Psychiatrischen Kliniken

Index MECON (= gewichtete Gesamtzufriedenheit, berechnet aus diesen 4 Fragen):

Frage a: Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit Ihrer derzeitigen Arbeitssituation?

Frage b: Würden Sie das Spital Ihren Freunden und Angehörigen als Arbeitgeber weiterempfehlen?

Frage c: Erlaubt Ihnen Ihr Arbeitsumfeld, den Patienten und Patientinnen gute Qualität zu erbringen?

Frage d: Würden Sie das Spital Ihren Freunden und Angehörigen zur Behandlung weiterempfehlen?

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 (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	2015	2016	2017	2018
Klinik Südhang				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	5.42	6.53	4.84	5.22
Standardabweichung (+/-)	6.71	5.87	5.90	5.58
Anzahl auswertbare Fälle 2018				427
Anteil in Prozent				%

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2015	2016	2017	2018
Klinik Südhang				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	20.79	19.39	20.65	19.88
Standardabweichung (+/-)	24.46	24.52	28.41	25.31
Anzahl auswertbare Fälle 2018				360
Anteil in Prozent				%

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.

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:

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 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 ADHS Screening ASRS, TMT Trail Making Test, CASE Abstinenzmotivation, SCI Fragebogen zum Umgang mit Stress, ISK Inventar sozialer Kompetenzen, LQ Lebensqualität, BDI-II Beck-Depressions-Inventar, RS-13 Resilienzskala

Die Testungen werden mittels elektronischem Tool Optimomic 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 2019 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 2019 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 2019 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) 2019: 469

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

Total Eintritte (Tagesklinik) 2019: 99

Die Abbruchquoten über das gesamte Jahr 2019 betragen:

Qualifizierter Entzug und Abklärung

Abbruch durch Patient: 7%

Psychotherapie der Suchterkrankungen

Abbruch durch Patient: 14%

Gesamt stationär: 13%

Tagesklinik: 17%

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 2019 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 2

Nichtberufsunfälle NBU:

Bagatelle 10

Mit Ausfall 6

Ausfalltage gesamt: 174

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 Schulenübergreifendes Störungsmodell der Abhängigkeitserkrankungen inkl. praktikabler Fallkonzeption

Projektziel:

Projektziel ist ein Störungsmodell für Abhängigkeitserkrankungen zu entwickeln, das eklektisch aus grundlagenwissenschaftlichen Erkenntnissen, verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen, Trainingsmodulen etc. gespeist ist. Das Störungsmodell soll einerseits als Grundlage für die Überprüfung des gegenwertigen Therapieprogramms und ggf. dessen Anpassung dienen. Andererseits dient das Störungsmodell der Erarbeitung einer Fallkonzeption, die wiederum als Orientierung für die individuellen Therapien dient.

Auszeichnen soll sich das Störungsmodell durch eine Betonung einer ressourcenorientierten Perspektive und Förderung der Resilienz der Menschen.

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärztinnen und Ärzte
- Therapeutinnen und Therapeuten
- Mitarbeitende Pflege

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

18.2.1 Intensivprogramm

Projektziele:

Hauptziel des Projekts ist die Etablierung eines stationären Kurzprogramms mit tagesklinischer sowie ambulanter Anschlusslösung. Der Aufbau eines angebotsübergreifenden Kurzprogrammes verfolgt folgende Haupt- und Nebenziele:

Verkürzung Aufenthaltsdauer bei Erhöhung der Fallzahlen

- Optimierung der klinikinternen «integrierten Versorgung» (Setting übergreifend) durch Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen den Angeboten
- Früherkennung und -intervention
- Erhalt der Arbeitsstelle
- Konstante therapeutische Beziehungen mittels durchgehender Fallführung und -steuerung

Involvierte Berufsgruppen

- Ärzte
- Therapeuten und Therapeutinnen
- Kadermitarbeitende

18.2.2 Fachstelle Anmeldung und Beratung

Projektziel:

Mit der Etablierung einer zentralen Fachstelle Anmeldung und Beratung FAB, stellt die Klinik Südhang sicher, dass sämtliche Optionen zu einem möglichst zeitnahen Eintritt wahrgenommen werden. Die Latenzzeit zwischen Erstkontakt und Eintritt wird so verkürzt. Die Kontaktpflege und Aufrechterhaltung der Kontakte mit zuweisenden Instanzen und Betroffenen zwischen erster Kontaktaufnahme und Eintritt wird sichergestellt. Zudem wird mit der FAB eine mittel- und langfristige Förderung der Kunden- bzw. Zuweiserbindung angestrebt.

Die FAB berät Betroffene, Angehörige und das weitere soziale Umfeld fachlich kompetent über die Angebote der Klinik Südhang und die Behandlungsmöglichkeiten. Zuweisende Instanzen und Betroffene erhalten somit beim Erstkontakt eine fachlich kompetente Ansprechperson. Patientinnen und Patienten werden nach Indikation in das passende Angebot vermittelt. Die FAB entlastet das bisher beim Intake involvierte administrative Personal und klinisch tätige Kader. Die Optimierung von Schnittstellen zwischen stationären, ambulanten und tagesklinischen Angeboten erleichtert klinikinterne Verlegungen.

Involvierte Berufsgruppen:

- Ärztinnen und Ärzte
- Therapeuten und Therapeutinnen
- Mitarbeitende Pflege
- Mitarbeitende Administration

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/qualitaet/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/ueber-uns/fachkommissionen/



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**):

www.samw.ch.