

# Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

27.05.2020  
Stefan Gerber, CEO

Version 1



**Klinik Südhang, Kompetenzzentrum für  
Mensch und Sucht**

<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 2020.

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 2020

Herr  
Philipp Meier  
Leitung QM & Projekte  
+41 31 828 14 37  
[philipp.meier@suedhang.ch](mailto:philipp.meier@suedhang.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](https://www.anq.ch).

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

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 2020 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020 .....	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 kantonale 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 .....	15
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	15
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>16</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>17</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>17</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie .....	17
5.2 Beschwerdemanagement .....	18
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>19</b>
7.1 Eigene Befragung .....	19
7.1.1 MECON: Mitarbeiter*innenzufriedenheit .....	19
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>20</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>10 Operationen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>11 Infektionen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>12 Stürze</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>13 Wundliegen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<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 Gesundheitszustand</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<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 ADHS Screening ASRS, TMT Trail Making Test, CASE Abstinenzmotivation, SCI Fragebogen zum Umgang mit Stress, ISK Inventar sozialer Kompetenzen, LQ	

17.1.3	Interne Audits .....	23
17.1.4	Abbruchquote .....	24
17.1.5	Unfallstatistik .....	25
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>26</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	26
18.1.1	Therapieprogramm 2022.....	26
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020 .....	27
18.2.1	Schulenübergreifendes Störungsmodell der Abhängigkeitserkrankungen inkl. praktikabler Fallkonzeption .....	27
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	27
18.3.1	Kein Projekt im aktuellen Berichtjahr .....	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 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 Kirchlindach (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.

## **Opioidagonistentherapie Südhang**

Im Bereich der Opioidagonistentherapie arbeitet die Klinik Südhang mit dem Trägerverein Behandlungszentren für Suchtmittel BZS in Bern, Biel und Burgdorf zusammen.

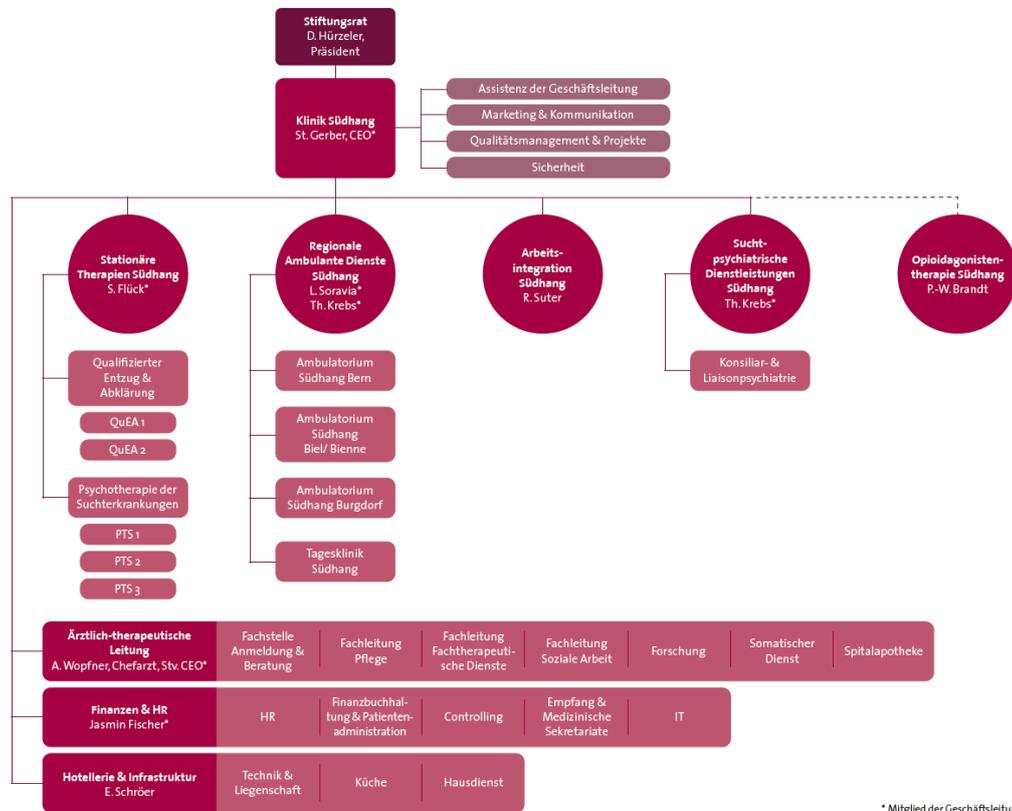
**Rechtsform**

Stiftung

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



\* Mitglied der Geschäftsleitung

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Philipp Meier  
 Leitung QM und Projekte  
 +41 31 828 14 37  
[meier.philipp@gmx.ch](mailto:meier.philipp@gmx.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### Qualitätsstrategie

##### **Gezielte und standardisierte Katamneserhebungen dienen der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität und des Behandlungsangebots.**

- Die Klinik Südhang erbringt Leistungen in hoher Qualität und mit patientenzentrierten Prozessen.
- Die Prozesse und Therapieprogramme der Klinik Südhang sind patientenzentriert.
- Die Klinik Südhang entwickelt das Therapieprogramm u.a. anhand der Ergebnisse regelmässiger Evaluationen weiter.
- Die Klinik Südhang optimiert die Schnittstellen zwischen allen Angeboten.
- Die Klinik Südhang hat einen optimalen Eintritts-/Aufnahmeprozess (zentrale und rasche Aufnahme, Information Patient und Angehörige, dynamische Bettenplanung etc.).

#### 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 2020

##### **Angebote**

In der Tagesklinik wurde ein Kurzprogramm konzeptionell aufgebaut. Das Angebot wird umgesetzt. Eine zusätzliche Flexibilisierung der bestehenden Angebote wie auch die Teilnahme an einer eingeschränkten Anzahl Tage pro Woche sind nun möglich und steigern die Attraktivität dieses Angebots.

Zur Beurteilung der Wirksamkeit der Therapien wurde eine systematische katamnistische Befragung der Patientinnen und Patienten nach Austritt aufgebaut. Die Ergebnisse werden konkrete Hinweise zur Weiterentwicklung der Therapieprogramme liefern.

Im Rahmen der Strategie 2019-2023 wurde das Projekt «Therapieprogramm 2022» initiiert. Das Projekt unterstützt die fachliche und wirtschaftliche Weiterentwicklung der Angebote und sichert die Positionierung der Klinik Südhang als führende Suchtfachklinik. Ziel ist es bestmögliche Behandlungsqualität anzubieten indem sämtliche Prozesse und Angebote an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind.

##### **Kooperationen**

Ein Projekt mit Stiftung Terra Vecchia zum Aufbau eines interinstitutionellen Behandlungspfades läuft.

Der Abschluss und die Umsetzung sind für Mai 2021 geplant. Ziel ist es sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten den Indikationen entsprechend im für sie geeigneten Therapiesetting behandelt und betreut werden.

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

#### **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 2021 - 2022 wurden definiert und initiiert.

#### **CIRS**

Einen wesentlichen Beitrag zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess leistet das CIRS (Critical Incident Reporting System), ein Berichtssystem zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen. Die konzeptuelle und organisatorische Weiterentwicklung des CIRS im Jahr 2020 trägt massgeblich zur Identifikation von Prozessrisiken und damit zur Verbesserung von Prozessleistungen bei.

#### **Finanzen und HR**

Die Kostenrechnung/Betriebsbuchhaltung wurde Ende 2019 bis Anfang 2020 nach REKOLE® zertifiziert. Die weitere Professionalisierung in den Bereichen Finanzen und HR wird mit diversen personellen Veränderungen und Massnahmen unterstützt.

### 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**

Die gezielte und standardisierte Katamneseerhebungen bei allen stationären Patientinnen und Patienten 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, curafutura 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>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erwachsenenpsychiatrie               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Symptombelastung (Fremdbewertung)</li> <li>– Symptombelastung (Selbstbewertung)</li> <li>– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie</li> </ul> </li> </ul>

### 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"> <li>▪ GAV</li> </ul>

### 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 Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Act-Info Ein- und Austritt</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 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, PACS</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Interne Audits</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Abbruchquote</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Unfallstatistik</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Weiterentwicklung des QM mit den Standards von ISO 2009:2015

<b>Ziel</b>	Zertifizierung im März 2021
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2018 - 2021
<b>Art 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 der externen und internen Audits werden laufend umgesetzt
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Praxisbuch ISO 9001:2015

#### Therapieprogramm 2022

<b>Ziel</b>	Fachliche und wirtschaftliche Weiterentwicklung der Angebote und sichert die Positionierung der Klinik Südhang als führende Suchtfachklinik
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2020 - 2021 (Umsetzungsprojekt 2022)
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Weiterentwicklung der Angebote, Sicherung Positionierung, Fokus Patientenzentrierung
<b>Methodik</b>	Projekt mit externer Begleitung.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Management, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Pflege, Therapeuten und Therapeutinnen, Mitarbeitende aus den Supportprozessen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Projektelevaluation nach Abschluss 2021

## Angebotsentwicklung Ambulant

<b>Ziel</b>	Definition Prozess Ambulante Angebote, Organisationsentwicklung
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Ambulante Angebote
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2020 - 2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Weiterentwicklung, Schärfung Angebot, Präzisierung Indikationskriterien, Klärung Schnittstelle zu Vor- und nachgelagerten Behandlungs- und Beratungsinstitutionen
<b>Methodik</b>	Projekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Management, Mitarbeitende Kernprozess
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Projektelevaluation nach Abschluss

## Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

## CIRS

<b>Ziel</b>	Förderung einer offenen Fehlerkultur mittels Lern- und Berichtsystem CIRS
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	Seit 2019
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Wesentlicher Bestandteil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses KVP
<b>Methodik</b>	CIRS System verbunden mit Organisationsstruktur
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Regelmässiger CIRS-Report, Analyse durch 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.

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	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 Jahr 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

Fragen	Vorjahreswerte 2018	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2019 (CI* = 95%)
<b>Klinik Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht</b>		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	3.83	3.97 (3.71 - 4.22)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.61	4.61 (4.40 - 4.83)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.37	4.33 (4.10 - 4.55)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	4.23	4.43 (4.07 - 4.79)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	4.21	4.40 (4.11 - 4.69)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.32	4.22 (3.95 - 4.50)
Anzahl angeschriebene Patienten 2019		80
Anzahl eingetreffener Fragebogen	48	Rücklauf in Prozent 60 %

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

\* 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](http://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 (≥ 16 Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni 2019 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 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **Klinik Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht**

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

## 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 im Jahr 2019 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2022.

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 (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.

HoNOS Adults	2016	2017	2018	2019
<b>Klinik Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	6.53	4.84	5.22	4.54
Standardabweichung (+/-)	5.87	5.90	5.58	5.72
Anzahl auswertbare Fälle 2019				
Anteil in Prozent				%

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2016	2017	2018	2019
<b>Klinik Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht</b>				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	19.39	20.65	19.88	19.66
Standardabweichung (+/-)	24.52	28.41	25.31	25.49
Anzahl auswertbare Fälle 2019				
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](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:

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

stationär

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

Die Ergebnisse von act-Info werden jährlich durch Suchtschweiz in einem 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, PACS

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 2020 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 betreffend Prozesszielen und -kennzahlen.

Diese Messung haben wir vom August 2020 bis Dezember 2020 durchgeführt.  
Pflegeprozess Stationäre Angebote Südhang STS, Fachstelle Anmeldung und Beratung FAB

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 2020 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 2020 betragen:

#### **Qualifizierter Entzug und Abklärung**

Abbruch durch Patient: 10%

#### **Psychotherapie der Suchterkrankungen**

Abbruch durch Patient: 16%

**Gesamt stationär: 16%**

**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 2020 durchgeführt.

Alle Mitarbeitenden der Klinik Südhang.

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

#### Ergebnisse

##### Berufsunfälle BU:

Bagatelle 0

Mit Ausfall 3

##### Nichtberufsunfälle NBU:

Bagatelle 3

Mit Ausfall 8

**Ausfalltage gesamt: 154**

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 Therapieprogramm 2022

**Projektart:** Entwicklungsprojekt

**Projektziel:**

**Die fachliche Weiterentwicklung der Klinik Südhang leistet einen wesentlichen Beitrag die Institution weiterhin und nachhaltig als führende Suchtfachklinik zu positionieren.**

- **Bestmögliche Behandlungsqualität erreichen.**  
Patientinnen und Patienten haben im Jahr nach ihrer Behandlung in der Klinik Südhang ihren Konsum gemäss ihren Zielen erfolgreich reduzieren können, ihre Lebensqualität hat sich nachhaltig verbessert und ihre soziale Integration nachhaltig erhöht.
- **Die Therapie ist radikal patientenzentriert**  
Sie richtet sich aus an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten.
- **Die Klinik Südhang bleibt eine attraktive Arbeitgeberin**  
Mitarbeitende finden attraktive Arbeitsbedingungen, Gestaltungsfreiräume und werden fachlich gefördert.

**Projekttablauf, Methodik:**

Das Projekt wird extern begleitet und ist in 5 Phasen gegliedert: Bestandsaufnahme, Behandlungsprozess entwickeln, Optionen bewerten, Wahl treffen, Prozess konkretisieren, Umsetzung planen.

**Involvierte Berufsgruppen:**

- Ärztinnen und Ärzte
- Psychologinnen und Psychologen
- Therapeutinnen und Therapeuten
- Mitarbeitende Pflege
- Mitarbeitende Supportprozesse

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

### 18.2.1 Schulenübergreifendes Störungsmodell der Abhängigkeitserkrankungen inkl. praktikabler Fallkonzeption

**Projektart:** Entwicklungsprojekt

**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

**Konsequenzen:**

Im Rahmen des Projekts "Störungsmodell der Abhängigkeitserkrankungen" wurden die Grundlagen für die Weiterentwicklung des Behandlungsangebotes im Rahmen des Projekts "Therapieprogramm 2022" erarbeitet.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr

Die nächste Rezertifizierung von ISO 9001:2015 und QuaTheDa erfolgt im Jahr 2021.

## 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
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:  
H+ Die Spitäler der Schweiz  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/](http://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 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/](http://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](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):

[www.samw.ch](http://www.samw.ch).