klinik im hasel

# Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Psychiatrie

www.klinikimhasel.ch

# 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
Luis Schüller
Leitung ICT und Digitalisierung
062 738 60 47
lschueller@kih.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 bereichspezifischen 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 Spitälern 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** ..... **7**
2.1 Organigramm ..... 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement ..... 7
**3 Qualitätsstrategie** ..... **8**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019 ..... 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019 ..... 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 kantonal 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**
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
**7 Mitarbeiterzufriedenheit** ..... **17**
7.1 Eigene Befragung ..... 17
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit ..... 17
**8 Zuweiserzufriedenheit** ..... **18**
8.1 Eigene Befragung ..... 18
8.1.1 Erfassung der Zuweiserzufriedenheit ..... 18
**Behandlungsqualität** ..... **19**
**9 Wiedereintritte**
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
**10 Operationen**
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.
**11 Infektionen**
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
**12 Stürze**
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
**13 Wundliegen**
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
**14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen**
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.
**15 Psychische Symptombelastung** ..... **19**
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie ..... 19
**16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand**

Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
**17 Weitere Qualitätsmessungen**
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.
**18 Projekte im Detail ..... 21**
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte ..... 21
18.1.1 Evaluation QM Software/ Intranet ..... 21
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019 ..... 21
18.2.1 Reorganisation QM ..... 21
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte ..... 21
18.3.1 keine weiteren Zertifizierungsprojekte ..... 21
**19 Schlusswort und Ausblick ..... 22**
**Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot ..... 23**
Psychiatrie ..... 23
**Herausgeber ..... 24**

# 1 Einleitung

**Geschichte der Klinik Im Hasel**

Die Klinik Im Hasel, ein Haus der Von Effinger Stiftung, wurde 1973 eröffnet, 1990 erweitert und 2010 umfassend saniert. In ihrer über 40 jährigen Geschichte entwickelte sie sich zur führenden Institution der stationären Behandlung von Menschen mit Substanzstörungen im Kanton Aargau. Zur Leistungserweiterung wurde 2011 das Ambulatorium in Lenzburg eröffnet, und im Jahr 2014 folgte die Einweihung der Tagesklinik in Lenzburg. Die Klinik Im Hasel AG wurde zum 01.01.2014 als gemeinnützige AG gegründet. Die Von Effinger Stiftung besitzt 100% der Anteile. Die Klinik Im Hasel AG ist spezialisiert auf Sucht- und Traumatherapien. Dies beinhaltet alle Formen von Substanzstörungen, Alkohol, Medikamente und illegale Substanzen sowie stoffungebundene Abhängigkeiten, wie pathologisches Spielen, Internet-/Kaufsucht.

**Struktur, Fakten und Zahlen für das Jahr 2019**

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.

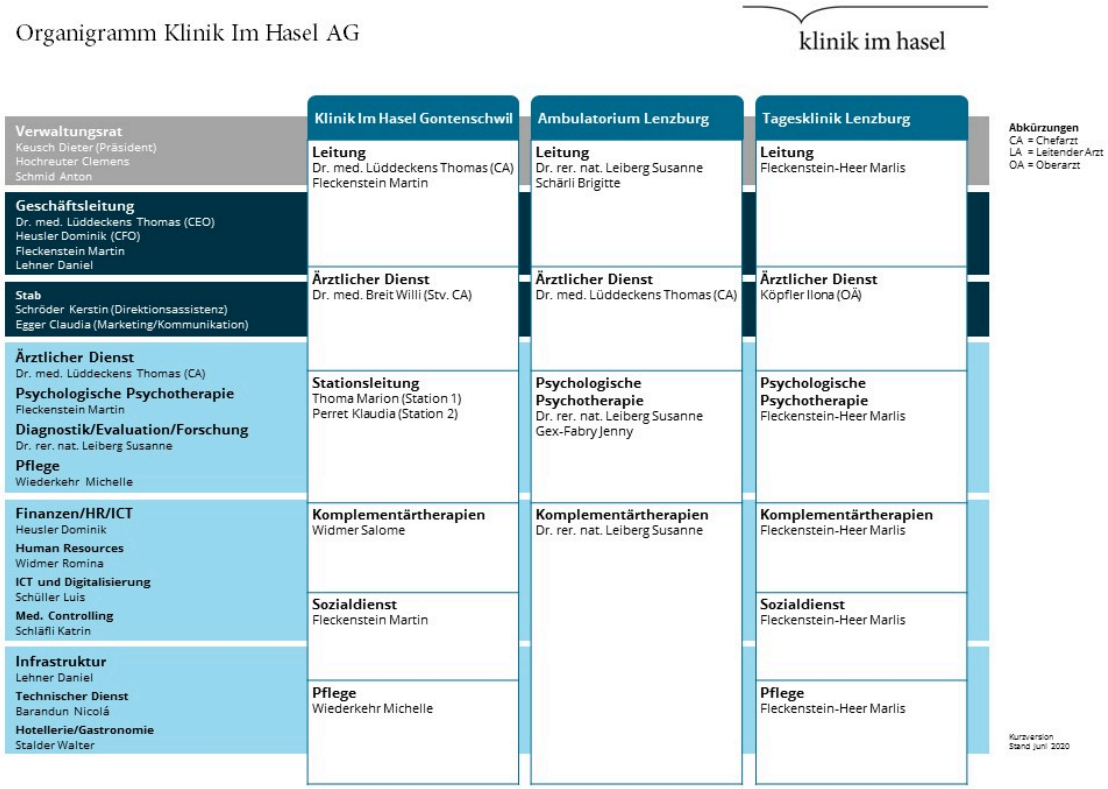
**Qualitätsmanagement**

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. Der Bereich ICT und Digitalisierung 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 ICT und Digitalisierung
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 2019

Im Berichtsjahr 2019 wurde ein neues Konzept zum Risikomanagement erstellt und mit dessen Umsetzung begonnen. Dabei wurde ein ganzheitlicher Ansatz gewählt, der sowohl die Anforderungen des Qualitätsmanagements, bzw. im konkreten die spezifischen Normen, wie rechtliche und statutarische Grundlagen (Aufgaben und Verantwortlichkeiten GL und VR) abdeckt. Es wurden sechs Risikobereiche definiert (Geschäftsleitung, Human Resources, Finanzen, ICT, Behandlung und Infrastruktur), welche in definierten Intervallen folgende drei Prozessschritte durchlaufen:

- Risiken identifizieren
- Massnahmen und Wirksamkeitsprüfungen definieren
- Restrisikobewertung und -überwachung

Als zentrales Arbeitsinstrument wurde eine Risikokontrollmatrix erstellt und mit dem Durchlaufen der drei Prozessschritte begonnen.

Neben dem Risikomanagement wurde mit dem Aufbau eines Prozessmanagements begonnen. Die Prozesslandkarte und erste Hauptprozesse wurden überarbeitet. Die einheitliche Erfassung und Ablage der Prozesse sowie die Verknüpfung relevanter Dokumente dient den Mitarbeitenden als zentrales Arbeitsdokument. Die Prozesse erleichtern neuen Mitarbeitenden den Einstieg in die Abläufe der Klinik im Hasel.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

Das Rezertifizierungsauditnach der ISO Norm 9001:2015 / QuaTheDA 2012: wurde ohne Abweichungen im Juni 2019 abgeschlossen.

Mit dem Rezertifizierungsaudit im Juni 2019 wurde eine neuer interner Auditplan lanciert, welcher sich wiederum an der Organisation des QMs in Qualitätskreisen orientiert. Es ist mindestens ein Audit pro Jahr pro Qualitätskreis vorgesehen.
Die Audits in den Behandlungsbereichen wurden dabei an sogenannte Gemba-Walks angelehnt (eine Methode aus dem Lean-Management). Hierbei wurden spezifische Situationen im Betrieb (z.B. Ablauf einer Substitutionsbehandlung) zunächst in Form eines Rollenspiels nachgestellt. Während des Rollenspiels wurden sowohl durch die Auditoren als auch die Auditierten Beobachtungen gemacht, diese jedoch nicht kommentiert. Erst im einer anschliessenden Reflexionsphase wurden die Beobachtung geteilt und Massnahmen zur Verbesserung diskutiert. Die Rückmeldungen zu diesem Vorgehen waren durchwegs positiv, der Ansatz soll weiterverfolgt werden.

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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).

Die Weiterentwicklung des Prozessmanagements soll als eine transparente und nachvollziehbare Dokumentation genutzt werden. Die Prozessoptimierung soll Bestandteil des Qualitätsmanagements sein.

Einführung/ Umsetzung der H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. Die angepasste Branchenlösung soll die Klinik im Hasel unterstützen, um gesetzlichen Pflichten nachzukommen und ihre Arbeitnehmenden schützen.

# 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:** |
|---|
| *Psychiatrie* |
| ▪ Erwachsenenpsychiatrie |
| – Symptombelastung (Fremdbewertung) |
| – Symptombelastung (Selbstbewertung) |

## 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

| **Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:** |
|---|
| ▪ 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:** |
|---|
| *Patientenzufriedenheit* |
| ▪ Zuf 8, Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit |
| ▪ Zufriedenheit Gefässe |
| ▪ Katamnese |
| *Mitarbeiterzufriedenheit* |
| ▪ Mitarbeiterzufriedenheit |
| *Zuweiserzufriedenheit* |
| ▪ Erfassung der Zuweiserzufriedenheit |

## 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

### 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 Anfang 2020 |
| **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 | 2019 | Nächstes Audit im Juni 2020 |
| QuaTheDA:2012 (B, I, II, III) | Suchthilfe | 2006 | 2019 | Nächstes Audit im Juni 2020 |

**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 2019 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 2019 - 31. Dezember 2019. Der Fragebogen wurde an alle austretenden Patientinnen und Patienten ausgehändigt und von 133 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 2019 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 therapuetischen 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 2019 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 Katamnesefragobogen. Dieser erlaubt Aussagen in Bezug auf den individuellen Behandlungserfolg zu machen und dient der ständigen Weiterentwicklung der Behandlung.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Sationäre 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

# 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

Wie bereits 2018 hat die Klinik im Hasel die Stärken und Schwächen der Institution aus Sicht der Mitarbeitenden erfasst. Dazu wurde eine Mitarbeiterbefragung mit einem standardisierten Fragebogen des Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF durchgeführt. Der Fragebogen entsprach den gleichen Fragen wie 2018. Er gab den Mitarbeitenden die Gelegenheit, ihre persönliche Meinung zu zentralen Fragestellungen an ihrem Arbeitsplatz zu äussern. Die Teilnahmequote betrug 90%. Die Ergebnisse der Befragung präsentierte die Leitung HR am 20. August in einer Sondersitzung der Bereichs- und Geschäftsleitung. Die Bereichs- und Geschäftsleitung evaluierten und diskutierten im Plenum die Themen, die in der Auswertung als verbesserungsfähig hervorkamen. Es wurden Anregungen und Vorschläge gesammelt. Sie konzentrierten sich auf 4 Themen. Diese Themen wurden in den Teamsitzungen mit Einbezug der einzelnen Mitarbeitenden vertieft und Anregungen gesammelt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 29.04.2019 bis 15.05.2019 durchgeführt.
Die Mitarbeiterbefragung wurde an allen Standorten/Abteilungen durchgeführt. Für die Messung wurden zwei Personengruppen unterschieden: Therapeutisches Personal (Therapien, Komplementärtherapien, Ärzteschaft, Pflege und Sozialdienst), jeweils nach Standort (Stationäre Therapie Gontenschwil, Tagesklinik Lenzburg, Ambulatorium Lenzburg) und Nicht-Therapeutisches Personal (Standortübergreifend). Der Übersicht halber wurde letztere Personengruppe der Stationären Threapie Gontenschwil zugeordnet.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

internes Evaluationsinstrument

# 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 12.12.2018 bis 11.01.2019 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.

| 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 (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 Im Hasel AG** | | | | |
| HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | 5.32 | 6.11 | 5.92 | 4.59 |
| Standardabweichung (+/-) | 5.95 | 7.03 | 6.18 | 4.75 |
| Anzahl auswertbare Fälle 2018 | | | | |
| Anteil in Prozent | | | | % |

Wertung der Ergebnisse:
- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

| BSCL | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|
| **Klinik Im Hasel AG** | | | | |
| BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt) | 15.89 | 16.63 | 15.47 | 16.33 |
| Standardabweichung (+/-) | 22.56 | 23.91 | 34.48 | 28.85 |
| Anzahl auswertbare Fälle 2018 | | | | |
| 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. |

# 18 Projekte im Detail

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

## 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

### 18.1.1 Evaluation QM Software/ Intranet

Es wird einen neue Qualitätsmanagement-Software evaluiert.
Ziel ist es eine Software zu implementieren, die sowohl die Prozesslandkarte (Qualitätskreise) mit den einzelnen Prozessen aufzeigt und die Verlinkung der Dokumente ermöglicht. Dabei werden die einzelnen Berufsgruppen integriert um einen umfassenden Blick der Prozessabläufe aufzeigen zu können.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

### 18.2.1 Reorganisation QM

Die Reorganisation des Qualitätsmanagements wurde wie geplant in die sog. Qualitätskreise aufgegliedert und anhand dessen die Zuständigkeiten neu definiert. Dabei wurde auch die interne Auditplanung  an die neue Organisation der Qualitätskreise angepasst. Des Weiteren wurde das QM-System inhaltlich überarbeitet, bereinigt und erweitert.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 keine weiteren Zertifizierungsprojekte

Keine weiteren Zertifizierungsprojekte.

# 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+ herausgeben:
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.