klinik im hasel

Qualitätsbericht 2024

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 2024.

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 sind im Inhaltsverzeichnis 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.

Die Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patient:innen hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

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 aktuell 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 2024

Frau
Julia Schlundt
Qualitätsmanagerin
062 738 63 92
jschlundt@kih.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Die H+ Qualitätsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten, die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt werden können. Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei.

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.
Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitätsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. Medienmitteilung des Bundesrates) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.
H+ hat einen analogen Qualitätsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualitätsvertrag. Als Publikationsort wurde die Plattform spitalinfo.ch bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdeklaration vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.
Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routinedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

Im H+ Qualitätsbericht sind jeweils neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt diesen Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum **2**
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen **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 2024 9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024 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
.
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**
Zufriedenheitsbefragungen **16**
5 Patientenzufriedenheit **16**
5.1 Eigene Befragung 16
5.1.1 Zuf8, Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit 16
5.1.2 Zufriedenheit Gefässe 16
5.1.3 QuaTheSi 17
5.1.4 Katamnese 17
5.2 Beschwerdemanagement 18
6 Angehörigenzufriedenheit **19**
6.1 Eigene Befragung 19
6.1.1 Zufriedenheitsbefragung der Angehörigen auf Teilaspekte der Behandlung 19
7 Mitarbeitendenzufriedenheit **20**
7.1 Eigene Befragung 20
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit 20
8 Zuweiserzufriedenheit **21**
8.1 Eigene Befragung 21
8.1.1 Erfassung der Zuweiserzufriedenheit 21
Behandlungsqualität **22**
Messungen in der Akutsomatik **0**
9 Wiedereintritte
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.
10 Operationen
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.
11 Infektionen
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.
12 Stürze
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.
13 Dekubitus
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.
Messungen in der Psychiatrie **22**
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen **22**

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen 22
14.1.1 Erfassung FU Massnahmen 22
15 Symptombelastung psychischer Störungen 23
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie 23
Messungen in der Rehabilitation 0
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.
Weitere Qualitätsaktivitäten 0
17 Weitere Qualitätsmessungen
Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.
18 Projekte im Detail 24
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 24
18.1.1 Einführung Managementinformationssystem (MIS) 24
18.1.2 Einführung DMS/ Archiv 24
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024 24
18.2.1 Onboarding: Neugestaltung Einführungstag 24
18.2.2 Erarbeitung Applikationsstrategie 24
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 24
18.3.1 keine weiteren Zertifizierungsprojekte 24
19 Schlusswort und Ausblick 25
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 26
Psychiatrie 26
Herausgeber 27

1 Einleitung

Geschichte der Klinik Im Hasel

Die Klinik Im Hasel wurde 1973 am Standort Gontenschwil eröffnet, 1990 erweitert und 2010 umfassend saniert. In ihrer 50-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. Im Dezember 2020 erfolgte am Standort in Gontenschwil ein Ausbau der Bettenanzahl von 60 auf 72 Betten und am Standort in Lenzburg wurden die ambulanten Bereiche erweitert.
Die Klinik Im Hasel AG wurde zum 1.1.2014 als gemeinnützige AG gegründet. Die Von Effinger Stiftung besitzt 100% der Anteile. Die Klinik Im Hasel betreibt die Einrichtungen: die stationäre Therapie Klinik Im Hasel Gontenschwil (KHG), das Ambulatorium Lenzburg (AML), das Traumaambulatorium Baden (TAB) sowie die Tagesklinik Lenzburg (TKL).

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 KIH ist seit dem Jahr 2003 ISO 9001 und QuaTheDa zertifiziert. Die Qualitätsnorm ISO 9001:2015 wurde im Mai 2024 durch ein Aufrechterhaltungsaudit erneut geprüft. Mit der QuaTheDA-Zertifizierung wird attestiert, dass die zertifizierte Suchthilfeeinrichtung die Qualitätsanforderungen des Basismoduls und mindestens eines der zehn Dienstleistungsmodule des QuaTheDA-Referenzsystems erfüllt.

Bewährte Instrumente zur Qualitätssicherung sind interne Qualitäts- und Prozessaudits, das Critical Incident Reporting System (CIRS), das Beschwerdemanagement sowie die Zufriedenheitsbefragungen. Diese Instrumente sind Teil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Um diesen Prozess übergreifend aufrechtzuerhalten, führt die KIH ein neues Qualitätsmanagementsystem ein (siehe «Strategische Projekte»). Ziel ist es dabei alle Bereiche und Standorte anhand des Behandlungspfades interdisziplinär mithilfe von Prozessen darzustellen. Dies schafft Transparenz und Vergleichbarkeit mit anderen Leistungserbringern. Ein weiteres Ziel ist es damit die Prozess- und Ergebnisqualität kontinuierlich zu prüfen und aufrecht zu erhalten.

Die KIH evaluiert kontinuierlich das Therapie- und Behandlungsangebot mithilfe der mehrmaligen Nachbefragung (Katamnese) aller Patientinnen und Patienten zu Therapieerfolg und Zufriedenheit der Behandlung. Seit 2005 untersucht die KIH mithilfe des Instruments QuaTheSI ebenfalls die Zufriedenheit der Patienten mit der Einrichtung und der dort erhaltenen Beratung, Betreuung oder Behandlung. Mithilfe dieser Auswertungen wird die Patientenzufriedenheit an nationalen, unabhängigen ausgewerteten Qualitätsmessungen überprüft und sichergestellt.

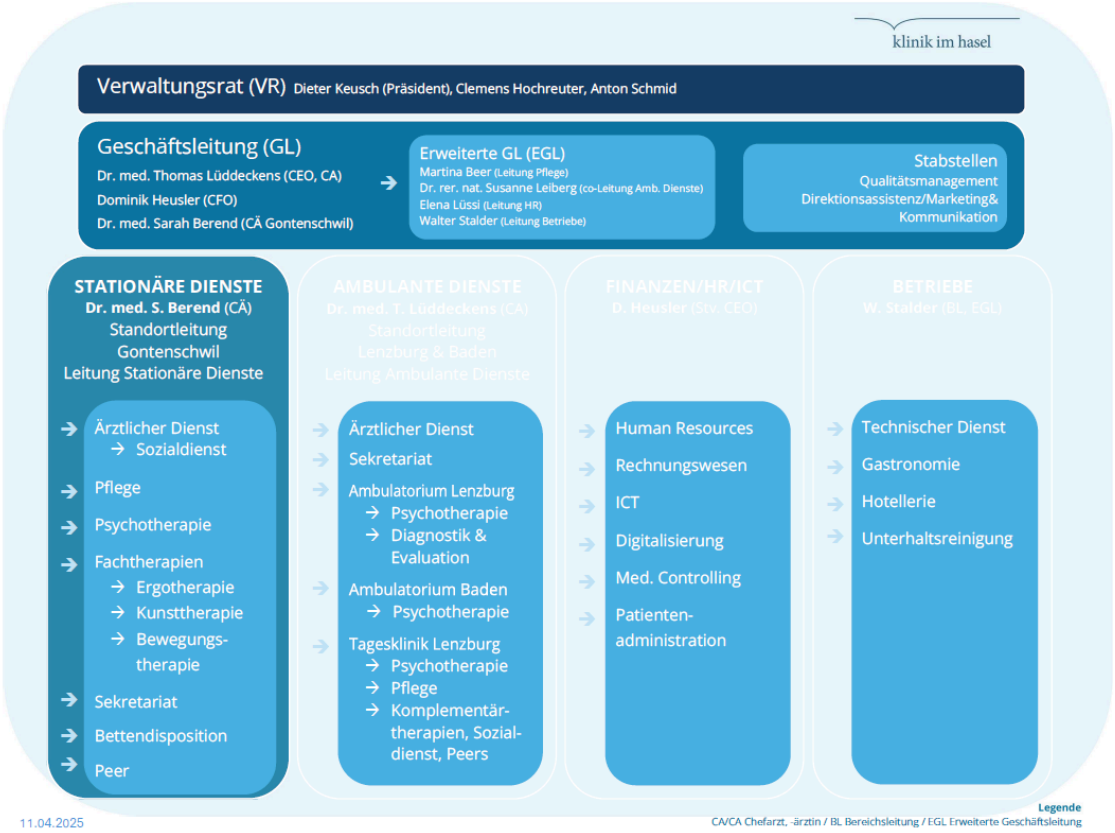
Des Weiteren nimmt die KIH seit dem Jahr 2012 auch an den nationalen Qualitätsmessungen gemäss den Vorgaben des „Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken“ (ANQ) teil. ANQ ist ein Indikator für die Ergebnisqualität (Differenzwerte der Symptombelastung zwischen Klinikeintritt und -austritt).

Vierteljährlich tauscht sich die KIH über die Kontaktgruppe Qualität, mit anderen Aargauer Kliniken Qualitätsthemen aus. Die Kontaktgruppe steht unter der Leitung des DGS, Leistungs- und Qualitätscontrolling. Auch über die Kantonsgrenze hinweg pflegt die KIH den Austausch zum Thema Qualität mit anderen Kliniken.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Der CEO ist der Qualitätsleiter und sichert das Qualitätsmanagement auf der obersten Ebene ab. Die Qualitätsmanagerin ist für die Betreuung der internen und externen Audits sowie für die Unterstützung der Linien zu Qualitäts- und Managementfragen verantwortlich. Die Bereichsverantwortlichen übernehmen für ihre Abteilungen die inhaltliche Verantwortung und erstellen mit ihrem Team alle notwendigen Prozesse und Hilfsmittel.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. Thomas Lüddeckens
CEO
062 738 60 02
tlueddeckens@kih.ch

Frau Julia Schlundt
Qualitätsmanagerin
062 738 63 92
jschlundt@kih.ch

3 Qualitätsstrategie

Die KIH ist seit dem Jahr 2003 ISO 9001 und QuaTheDa zertifiziert. Die Qualitätsnorm ISO 9001:2015 wird jährlich mich einem Aufrechterhaltungsaudit und alle 3 Jahre mit einem Rezertifizierungsaudit geprüft. Mit der QuaTheDA-Zertifizierung wird attestiert, dass die zertifizierte Suchthilfeeinrichtung die Qualitätsanforderungen des Basismoduls und mindestens eines der zehn Dienstleistungsmodule des QuaTheDA-Referenzsystems erfüllt.

Bewährte Instrumente zur Qualitätssicherung sind interne Qualitäts- und Prozessaudits, das Critical Incident Reporting System (CIRS), das Beschwerdemanagement sowie die Zufriedenheitsbefragungen. Diese Instrumente sind Teil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Um diesen Prozess übergreifend aufrechtzuerhalten, führt die KIH ein neues Qualitätsmanagementsystem ein. Ziel ist es dabei alle Bereiche und Standorte anhand des Behandlungspfades interdisziplinär mithilfe von Prozessen darzustellen. Dies schafft Transparenz und Vergleichbarkeit mit anderen Leistungserbringern. Ein weiteres Ziel ist es damit die Prozess- und Ergebnisqualität kontinuierlich zu prüfen und aufrecht zu erhalten.

Die KIH evaluiert kontinuierlich das Therapie- und Behandlungsangebot mithilfe der mehrmaligen Nachbefragung (Katamnese) aller Patientinnen und Patienten zu Therapieerfolg und Zufriedenheit der Behandlung. Seit 2005 untersucht die KIH mithilfe des Instruments QuaTheSI ebenfalls die Zufriedenheit der Patienten mit der Einrichtung und der dort erhaltenen Beratung, Betreuung oder Behandlung. Mithilfe dieser Auswertungen wird die Patientenzufriedenheit an nationalen, unabhängigen ausgewerteten Qualitätsmessungen überprüft und sichergestellt.

Des Weiteren nimmt die KIH seit dem Jahr 2012 auch an den nationalen Qualitätsmessungen gemäss den Vorgaben des „Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken“ (ANQ) teil. ANQ ist ein Indikator für die Ergebnisqualität (Differenzwerte der Symptombelastung zwischen Klinikeintritt und -austritt).

Vierteljährlich tauscht sich die KIH über die Kontaktgruppe Qualität, mit anderen Aargauer Kliniken Qualitätsthemen aus. Die Kontaktgruppe steht unter der Leitung des DGS, Leistungs- und Qualitätscontrolling. Auch über die Kantonsgrenze hinweg pflegt die KIH den Austausch zum Thema Qualität mit anderen Kliniken.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

Im Bereich der Qualitätsentwicklung wurden zwei Unternehmensziele im Berichtsjahr 2024 umgesetzt.

Durchführung einer Mitarbeiterbefragung mit einem neuen Instrument

- Job-Stress-Analysis inkl. Zusatzmodul Burnout und Umgang mit Kunden
- Wissenschaftlich validiertes Stress-Befragungsinstrument der Gesundheitsförderung Schweiz mit Fokus auf Ressourcen und Belastungen

Massnahmen aus KVP's-Liste und Audits mit Priorisierungen

- Kommunikationsabläufe (Geschäftsleitung, erweiterte Geschäftsleitung, Nutzung über Teams-Kanäle)
- Qualitätsverbesserung der Austrittsberichte. Schulungen sind bereits geplant

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

- Spitallistenverfahren 2025: Sicherung Leistungsaufträge
- Öffentlichkeitsarbeit: 50 Jahres-Jubiläum Klinik im Hasel, 10 Jahres-Jubiläum der Tagesklinik Lenzburg
- Personalentwicklung: Erhöhung der Weiterbildungsveranstaltungen
- Onboarding: Neugestaltung Einführungstag
- Digitalisierung: Applikationsstrategie verabschiedet
- Forschungsprojekt RoSA: Anschubfinanzierung durch Innosuisse (Soziale Robotik in der Therapie von Substanzabhängigkeiten mit der FHNW)
- Personalentwicklung: KIH neu Weiterbildungsstätte der Kategorie A

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualitätsentwicklung:

- Überprüfung der Qualitätsmessungen: Messinstrumente und Steigerung der Datenqualität mit dem Ziel der verbesserten Qualitätssteuerung
- Management der Prozesse im QMS

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.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Psychiatrie
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)

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
▪ Zuf8, Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit
▪ Zufriedenheit Gefässe
▪ QuaTheSi
▪ Katamnese
Angehörigenzufriedenheit
▪ Zufriedenheitsbefragung der Angehörigen auf Teilaspekte der Behandlung
Mitarbeitendenzufriedenheit
▪ Mitarbeiterzufriedenheit
Zuweiserzufriedenheit
▪ Erfassung der Zuweiserzufriedenheit

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Freiheitsbeschränkende Massnahmen
▪ Erfassung FU Massnahmen

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Neubau Girandola

Ziel	neu ausgebaute Infrastruktur
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik Im Hasel Gontenschwil
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2025
Begründung	Erneuerung der stationären Therapie

Applikationsstrategie

Ziel	Digitalisierung in allen Bereichen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik Im Hasel
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2024 - 2028
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.

Qualitätsmessungen

Ziel	Überprüfung der Messinstrumente und Steigerung Datenqualität mit dem Ziel der verbesserten Qualitätssteuerung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Klinik Im Hasel
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2025
Begründung	Unterjährige Outcome-Messung / Patientenzufriedenheit.

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

QMS Weiterentwicklung - IQSoft

Ziel	kontinuierlicher Verbesserungsprozess
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Klinik im Hasel
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2023
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Ausbau Prozessmanagement

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 2006 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	Suchthilfe	2006	2022	nächste Rezertifizierung 2025
QuaTheDA:2020(B, I, II, III)	Suchthilfe	2006	2022	nächste Rezertifizierung 2025

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patient:innen und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

5.1 Eigene Befragung

5.1.1 Zuf8, 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 2024 durchgeführt.
Die Patientenbefragung wurde in der Klinik Im Hasel Gontenschwil und der Tagesklinik Lenzburg durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Auswertung im Haus
Methode / Instrument	Zuf 8, nach Schmidt und Wittmann

5.1.2 Zufriedenheit Gefässe

Dieses Evaluationstool wird zur Erhebung der Zufriedenheit aller therapeutischen Gefässe eingesetzt. Die Patientinnen und Patienten können auf einer Likert-Skala mit einer Range von sehr zufrieden (+2) bis überhaupt nicht zufrieden (-2) ihre Zufriedenheit einstufen. Es stellt ein gutes und zeitnahes Evaluationsinstrument zur Optimierung und Qualitätsverbesserung der einzelnen Gefässe dar.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Patientenbefragung wurde in der Klinik Im Hasel Gontenschwil und der Tagesklinik Lenzburg durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es handelt sich um ein internes Evaluationsinstrument.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.1.3 QuaTheSi

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 2024 durchgeführt.
AML, TAB, TKL und KHG

Standort	Rücklaufquote	Erkenntnis
TAB	29 Teilnehmer*innen (79% weiblich, 21% männlich)	In allen sechs schweizweit vergleichenden Fragen ist der Anteil an Personen, die der besten Antwortkategorie zustimmen (marginal) höher als im Schweizer Vergleich, ebenso stimmen bei allen Fragen >88% der Befragten den zwei besten Antwortkategorien zu (= positive Bewertung), bei vier Fragen sogar 100%. Bei den anderen zwei Fragen lag der Anteil negativer Bewertungen bei 6% (Zufriedenheit mit Information über Behandlungsangebot) bzw. 10% (angenehmer Erstkontakt).
AML	61 Teilnehmer*innen (54% männlich, 44% weiblich, 2% anderes)	Insgesamt besteht eine sehr hohe Zufriedenheit mit unserer Institution, mit der Psychotherapeutischen Behandlung und dem Gruppenangebot.Jedoch war der Rücklauf gering (ca. 1/3 aller aktuell in Lenzburg sich in Behandlung befindenden Pat.); Möglicherweise haben nur diejenigen mit „mässig“ bis „guter“ aktueller Befindlichkeit daran teilgenommen. -Häufiger Wechsel der Psychiater und Therapeuten wird u.a. als deutlich negativ wahrgenommen
TKL	20 Teilnehmer*innen (70% männlich, 30% weiblich)	In allen sechs schweizweit vergleichenden Fragen ist der Anteil an Personen, die der besten Antwortkategorie zustimmen (marginal) höher als im Schweizer Vergleich. Herausstechend ist die Weiterempfehlung der Institution mit 100%. Das lässt auf das familiäre Zusammensein sowie die Freundlichkeit der Mitarbeitenden schliessen.
KHG	20 Teilnehmer*innen (70% männlich, 25% weiblich, 5% andere)	Insgesamt ergab die Befragung einen positiven Rücklauf, dabei wurde die therapeutische Betreuung positiv bewertet.Jedoch ist der Rücklauf der Befragung sehr gering mit 20 Teilnehmer*innen.

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 2024 durchgeführt.
Stationäre Therapie

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es handelt sich um ein internes Evaluationsinstrument.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

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
beschwerden@kih.ch

6 Angehörigenzufriedenheit

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

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Zufriedenheitsbefragung der Angehörigen auf Teilaspekte der Behandlung

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

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Stationäre Therapie Gontenschwil

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeitendenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden das Spital als Arbeitgeber/in und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

Mitarbeiterbefragung: Job Stress Analysis

- Die gesundheitszentrierte Mitarbeitendenbefragung mittels „Job Stress Analysis“ von Gesundheitsförderung Schweiz fand vom 22. Mai bis 10. Juni 2024 mit einer Rücklaufquote von 52% statt.
- Im Nachfolgeprozess wurden in den Teams Fokusgruppen gebildet, um in den Austausch zu kommen und Ziel war es die Ursachen und Hintergründe zu analysieren sowie Sammlung von Lösungansätzen zu priorisierten Aspekten. Ebenso die Ableitung von direkt umsetzbaren Massnahmen/ Quick-Wins
- In den Fokusgruppen wurden insgesamt über 50 kleinere und grössere Verbesserungsmöglichkeiten gesammelt. Einige waren teamspezifisch, andere wiederum betrafen die ganze KIH

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom 22.05.2024 bis 10.06.2024 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

internes Evaluationsinstrument

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Gesundheitsförderung Schweiz
Methode / Instrument	Online-Fragebogen (anonym)

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzt:innen und niedergelassene Spezialärzt:innen) eine wichtige Rolle. Viele Patient:innen lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt bzw. ihre Ärztin empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweisenden den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patient:innen empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

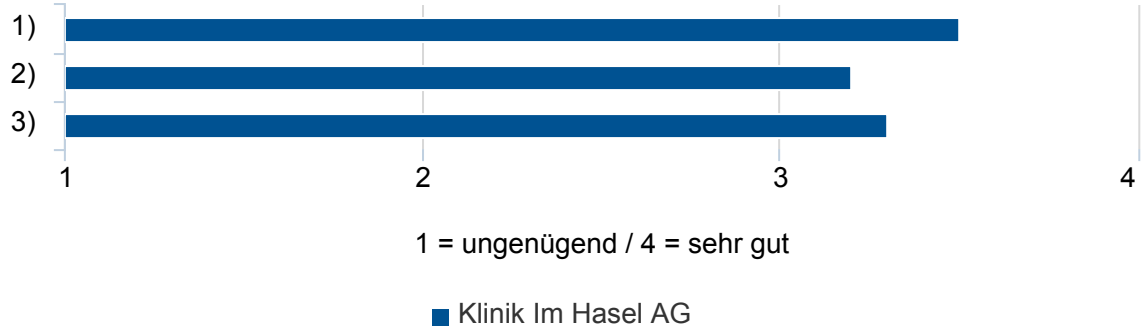
8.1.1 Erfassung der Zuweiserzufriedenheit

Die Zuweiserbefragung wird regelmässig, alle zwei Jahre, durchgeführt.
Das Ziel dabei ist die Zusammenarbeit und die zusammenhängenden Prozesse mit unseren Zuweisern zu evaluieren und entsprechend zu verbessern.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat Juni durchgeführt.
Die Zuweiserumfrage wird für alle Klinikstandorte erhoben.
Zuweisende der Klinik im Hasel der letzten 2 Jahre.
Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

1) Triage-/ Zuweisungsprozess
2) Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Mitarbeitern
3) allgemeine Zusammenarbeit



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen			Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)		
Klinik Im Hasel AG	3.50	3.20	3.30	112	18.00 %

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Findmind
Methode / Instrument	

Behandlungsqualität

Messungen in der Psychiatrie

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.1.1 Erfassung FU Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen sind in unserer Organisation sehr selten.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

15 Symptombelastung psychischer Störungen

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), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patient:innen 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 Patient:innen 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 eine/r Patient:in mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Einschätzung der Fallführenden (Fremdbewertung).

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eine/r Patient:in mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patient:innen (Selbstbewertung).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind nur bedingt aussagekräftig.
Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie. Die Messergebnisse der Erwachsenenpsychiatrie werden nach Kliniktypen separat ausgewiesen.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Begründung

Die Messergebnisse werden auf der ANQ Homepage veröffentlicht.

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

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Einführung Managementinformationssystem (MIS)

Einführung eines Management Informationssystems (MIS) / Business Intelligence-Tool. Führungsrelevante Information und erforderliche Statistiken sollen zeitnah, zuverlässig und möglichst automatisiert bereit gestellt werden. Personelle Abhängigkeiten sind zu reduzieren.

18.1.2 Einführung DMS/ Archiv

Einführung DMS/Archiv inkl. Kreditorenworkflow. Digitale und nachhaltige Lösung für die Archivierung der Daten und Dokumente. Erfüllen der steigenden Anforderungen an die Archivierung, den Datenschutz sowie die zu erwartende ansteigende Dokumentenmenge, die es zu archivieren gilt. Dies soll über ein digitales Dokumentenmanagement-Systems (DMS) erreicht werden.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 Onboarding: Neugestaltung Einführungstag

Mitarbeiter-Erlebnis vom 1. Arbeitstag verbessern. Einbindung in unseren Betrieb. Was macht die Klinik Im Hasel aus, was sind ihre Werte und warum lohnt es sich bei uns zu sein und sein Bestes zu geben.

18.2.2 Erarbeitung Applikationsstrategie

Erstellung Applikationsstrategie mit Darstellung der erforderlichen Aktivitäten nach Prioritäten und personellen internen Ressourcen Applikationsstrategie. Nachfolgend Vorstudie KIS als Entscheidungsbasis zuhanden der Geschäftsleitung erarbeitet und präsentiert

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 keine weiteren Zertifizierungsprojekte

Keine weiteren Zertifizierungsprojekte.

19 Schlusswort und Ausblick

Informationen zum Geschäftsgang 2024 entnehmen Sie bitte dem offiziellen Geschäftsbericht auf der Website der Klinik Im Hasel.

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
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Bemerkungen
F4 eingeschränkt auf F43

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 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.