forel
klinik

Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	28.05.2025	Version 1
Durch:	Nanda Samimi, CEO	

Forel Klinik AG

www.forel-klinik.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 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

Herr
Marco Richard
Leitung Unternehmensentwicklung
0523691129
marco.richard@forel-klinik.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 ... 11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten ... **12**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen ... 12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen ... 12
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen ... 13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte ... 14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen ... 18
4.5 Registerübersicht
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.
4.6 Zertifizierungsübersicht ... 19
QUALITÄTSMESSUNGEN ... **20**
Zufriedenheitsbefragungen ... **21**
5 Patientenzufriedenheit ... **21**
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie ... 21
5.2 Beschwerdemanagement ... 23
6 Angehörigenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
7 Mitarbeitendenzufriedenheit ... **24**
7.1 Eigene Befragung ... 24
7.1.1 Squadra-Monitoring ... 24
8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
Behandlungsqualität ... **25**
Messungen in der Akutsomatik ... **25**
9 Wiedereintritte ... **25**
9.1 Eigene Messung ... 25
9.1.1 Wiedereintrittsquote ... 25
10 Operationen
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
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 Dekubitus
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
Messungen in der Psychiatrie ... **26**
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen ... **26**
14.1 Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM) in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie ... 26
15 Symptombelastung psychischer Störungen ... **28**
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie ... 28
Messungen in der Rehabilitation ... **0**

16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit
Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.
Weitere Qualitätsaktivitäten 0
17 Weitere Qualitätsmessungen
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.
18 Projekte im Detail 29
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 29
18.1.1 Squadra 29
18.1.2 Entwicklung PAT-F Fragebogen 29
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024 29
18.2.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr 29
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 29
18.3.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtjahr 29
19 Schlusswort und Ausblick 30
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 31
Psychiatrie 31
Herausgeber 32

1 Einleitung

Kurzportrait der Institution
Die Forel Klinik AG ist eine gemeinnützige Aktiengesellschaft im Besitz der Stiftung Forel Klinik.
Wir sind die schweizweit führende Klinik in der Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeiten. Als Listenspital in den Kantonen Zürich, Schaffhausen, Thurgau sowie Appenzell Ausserrhoden und mit einem überregionalen Einzugsgebiet in der gesamten Deutschschweiz unterstützen wir mit unserem Behandlungsangebot Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen auf ihrem Weg in ein selbstbestimmtes und erfüllendes Leben. Dabei basiert unsere Kompetenz auf einer über 135-jährigen Erfahrung.
Unsere Klinik verfügt über eine lückenlose Behandlungskette mit einem stationären Angebot in Ellikon an der Thur sowie über eine Tagesklinik und ein Ambulatorium in Zürich. Per 31.12.2024 beschäftigen wir 178 Mitarbeitende in verschiedensten Berufen und verfügen über 102 stationäre Betten. Jährlich behandeln wir etwa 600 Patientinnen und Patienten stationär und um die 220 tagesklinisch. Im ambulanten Bereich führen wir jährlich circa 7000 Konsultationen durch. Das Behandlungsteam der Forel Klinik setzt sich aus Fachleuten verschiedener Spezialbereiche zusammen.

Der Weg in die Behandlung
Vorab führen wir diagnostische Abklärungsgespräche mit den Patientinnen und Patienten. Diese sind entscheidend für die Wahl des geeigneten Behandlungspfades und Behandlungsortes. Die Triage gewährleistet das richtige Behandlungssetting und betreut die Patientinnen und Patienten auf dem Weg dahin.

Der Stationäre Qualifizierte Entzug
Im stationären qualifizierten Entzug behandeln wir akute Entzugssymptome, fördern die Änderungsbereitschaft und -kompetenz sowie die Motivation zur Überleitung in eine Entwöhnungsbehandlung und zum Verbleib im Suchthilfesystem. Schon in der frühen Entzugsphase integrieren wir psychotherapeutische Behandlungsansätze. Ein stationär qualifizierter Entzug in der Forel Klinik hat den Vorteil, dass ein lückenloser und unkomplizierter Übertritt in eine nachfolgende Entwöhnungsbehandlung möglich ist.

Die Stationäre Entwöhnungsbehandlung
Im Zentrum der Entwöhnungsbehandlung stehen die Aufrechterhaltung der veränderten Konsumgewohnheiten, der Transfer der therapeutischen Fortschritte in den Lebensalltag der Patientinnen und Patienten sowie die Mitbehandlung der die Abhängigkeitserkrankung auslösenden und aufrechterhaltenden psychischen Komorbiditäten und Folgen.

Therapieprogramm im Stationären Bereich
Das Therapieprogramm für die stationäre Behandlung bietet psychiatrische und internistische Versorgung, Pflege, Einzel- und Gruppen-Psychotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, sozialarbeiterische Unterstützung und Betreuung durch Peer-Mitarbeitende.

Die Tagesklinische Behandlung
In unserer suchtmedizinischen Tagesklinik nehmen Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen an drei bis fünf Tagen pro Woche tagsüber Behandlungen in Anspruch, während sie ansonsten ihrem üblichen Lebensalltag mit familiären, beruflichen und anderen Aufgaben nachgehen. Im Sinne eines Step-down-Paradigmas ist die Tagesklinik eine logische Behandlungsoption für Menschen, die aus der vollstationären Entzugs- oder Entwöhnungsphase kommen. Aber auch zur Vermeidung eines stationären Aufenthalts sind tagesklinische Behandlungen geeignet.
Die Tagesklinik ist nach einem Modularprinzip organisiert. Je nach Bedarf bzw. Schwerpunkt der Behandlungsziele und auch der Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten werden das Behandlungsprogramm und seine Intensität individuell gestaltet. Dabei bildet der

gruppenpsychotherapeutische Rahmen einen hauptsächlichen Schwerpunkt. Während der Therapiezeiten müssen unsere Patientinnen und Patienten nüchtern und klar sein. Ein Abstinenzdogma hingegen gibt es mit Blick auf die Behandlungsziele nicht. Patientinnen und Patienten, die eine Trinkmengenreduktion, Punktabstinenzen, kontrollierten Konsum o.ä. anstreben, werden darin im Sinne der zieloffenen Suchttherapie unterstützt.

Therapieprogramm für die Tagesklinische Behandlung
Die tagesklinische Behandlung umfasst die psychiatrische Behandlung, Einzel- und Gruppen-Psychotherapie, Rückfallprävention S.T.A.R., Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, sozialarbeiterische Unterstützung und Betreuung durch Peer-Mitarbeitende.

Die Ambulante Behandlung
Der Schwerpunkt des Ambulatoriums liegt in den Bereichen Abklärung, ambulanter Durchführung von Alkohol- und Medikamentenentzug sowie psychotherapeutischer Behandlung. Gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten wird durch unsere spezialisierten Fachkräfte ein individuell abgestimmtes Behandlungsprogramm erstellt. Wir fördern die Motivation zum Beginn und zur Aufrechterhaltung der Behandlung und unterstützen unsere Patientinnen und Patienten auch in Krisenzeiten. Das Ambulatorium in Zürich ergänzt das bestehende ambulante Beratungsangebot in und um Zürich. Es ist ein wichtiger Partner für ärztliche Grundversorger, niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, nicht-ärztlich geleitete Institutionen sowie Arbeitgeber und Case-Manager. Alle Nutzer dieses umfassenden Dienstleistungsangebots profitieren von der grossen Erfahrung der Forel Klinik in spezialisierten Behandlungsmethoden.

Therapieprogramm für die Ambulante Behandlung
Die ambulante Behandlung enthält psychiatrische und psychotherapeutische Abklärungen und Assessments, ambulant durchgeführten Entzug, psychiatrische Behandlung, Psychotherapie, Ambulante Nachbehandlung und / oder Unterstützung in Krisenzeiten, sozialarbeiterische Unterstützung und Betreuung durch Peer-Mitarbeitende.

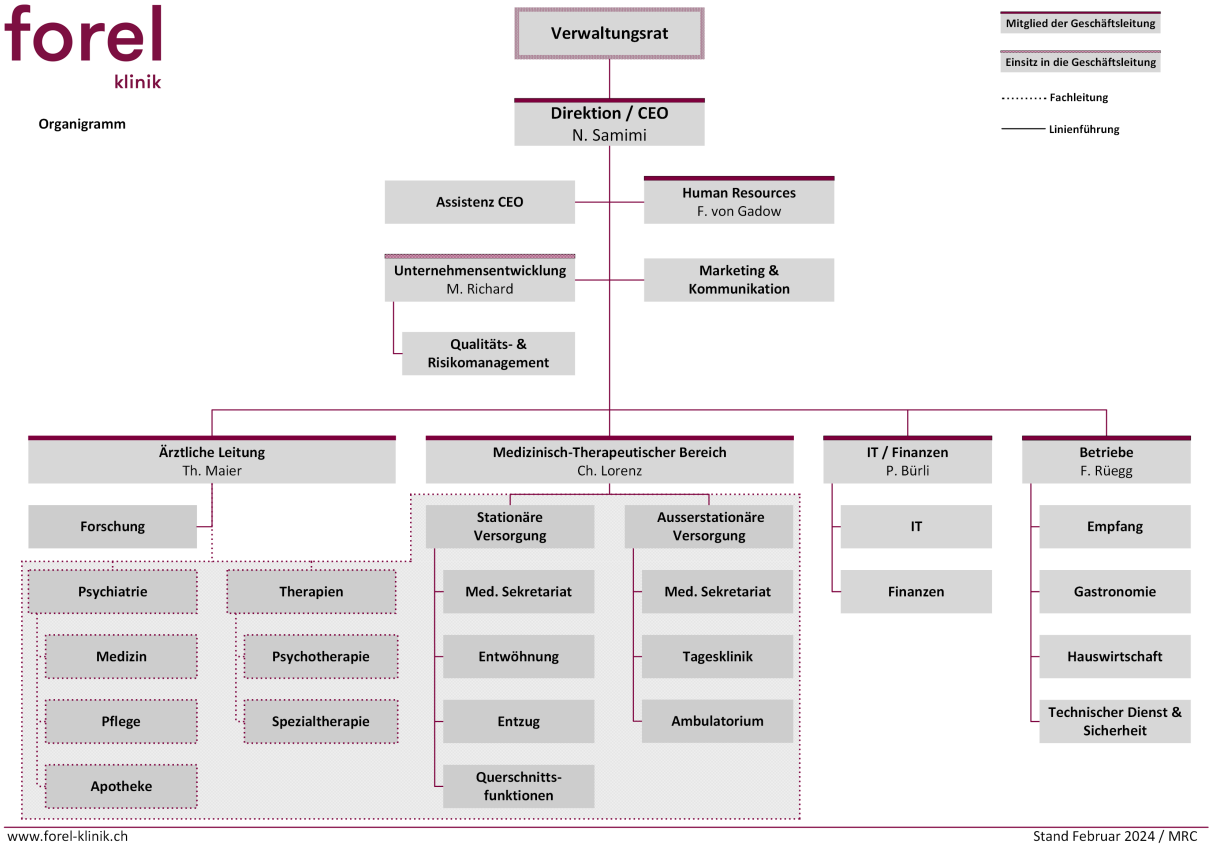
Forschung
Die Forel Klinik verfügt über eine eigene Forschungsabteilung. Durch die Anbindung des Forschungsteams an das internationale Evidenz-Netzwerk der Cochrane Collaboration ist sichergestellt, dass die in der Forel Klinik angebotenen Behandlungen stets dem aktuellen Stand der internationalen Forschung entsprechen. Dies wird durch einen regelmässigen Abgleich der Therapiemethoden mit der aktuellen Forschungsevidenz und den aktuell gültigen Behandlungsleitlinien erreicht. Gleichzeitig fliessen die Ergebnisse der klinikeigenen Forschung in die Behandlungsplanung ein, sodass auch die Bedürfnisse der Patienten unserer Klinik Berücksichtigung finden.

Rechtsform
Gemeinnützige Aktiengesellschaft im Besitz der Stiftung Forel Klinik.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:
Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion der Unternehmensentwicklung unterstellt, welche als Stabsfunktion direkt der CEO unterstellt ist.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **315** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Marco Richard
Leitung Unternehmensentwicklung
052 369 11 11
marco.richard@forel-klinik.ch

Herr Werner Güntert
Qualitäts- & Risikomanager
052 369 11 11
werner.guentert@forel-klinik.ch

3 Qualitätsstrategie

Die Qualitätsstrategie und deren Ziele ergeben sich aus der Unternehmensstrategie der Forel Klinik AG. Darin wird an erster Stelle die Exzellenz in der Behandlung genannt. Die Qualität unserer spezialisierten Therapie ist herausragend und unsere Konzepte sind zeitgemäss. Wir gelten als Kompetenzzentrum. Unser Angebot ist gefragt.
Die Forel Klinik AG bleibt ihrer Mission verpflichtet, mit ihrem Behandlungsangebot Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen auf ihrem Weg in ein selbstbestimmtes und erfüllendes Leben zu unterstützen.

Die Qualitätspolitik der Forel Klinik ist ebenso in das Leitbild integriert. Darin wird der Anspruch einer schweizweiten Ausstrahlung bei der Kompetenz im Umgang mit Abhängigkeiten formuliert, ebenso die Integration von Nachhaltigkeit bei Entscheidungen und die Verbindung von gesicherter Erkenntnis und innovativer Offenheit. Wertebegriffe wie Partnerschaftlichkeit, Verantwortung, Offenheit, Gesprächsbereitschaft und Lösungsorientierung prägen das Leitbild. Auch im Behandlungskonzept, den Klinischen Standards und den daraus abgeleiteten Handlungsdokumenten der Forel Klinik finden sich Aussagen zu hoher, evidenzbasierter Behandlungsqualität und nachhaltigen Ergebnissen.

Ständige Weiterbildung und stetige systematische Auswertung der Behandlungen durch unsere Forschungsabteilung garantieren eine hohe Qualität unserer Arbeit. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse fliessen laufend in das Behandlungskonzept ein. Unser Fachwissen stellen wir unseren Partnern zur Verfügung und bieten suchtmedizinische Weiterbildungen an. Im Vergleich zur allgemeinen psychiatrischen Versorgung bietet das integrierte Versorgungskonzept eine lückenlose Behandlungskette für Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen.

Überdies ist es Anspruch der Forel Klinik, ein zeitgemässes Qualitätsmanagement mittels PDCA-Zyklus zu betreiben und es ist gleichzeitig auch eine Anforderung der Gesundheitsdirektion des Kanton Zürich, über ein systematisches Qualitäts- und Risikomanagement zu verfügen, das auf der Führungsebene verankert und im Spital umgesetzt ist.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024

Führung und Strategie verankert
Im Berichtsjahr wurde das Führungsverständnis weiterentwickelt und im Leporello „Gelebte Werte und Führung“ verbindlich festgehalten. Die neue Strategie und das Zielbild wurden allen Mitarbeitenden vorgestellt. Alle Massnahmen zur Erreichung der strategischen Ziele sind in der Mehrjahresplanung enthalten. Daraus leiten sich die jährlichen Unternehmensziele sowie die neu gestalteten Mitarbeitendengespräche (MAG) ab. Damit ist ein nachvollziehbarer Steuerungskreislauf geschaffen – von der Strategie bis zur Umsetzung.

Kooperation und Systemverantwortung ausgebaut
Die Zusammenarbeit mit dem apb Zentrum Bodensee und dem Sanatorium Kilchberg wurde vertieft, etwa im Bereich Praktika, Weiterbildung und fachlicher Austausch. Gleichzeitig wurde das Engagement in der Verbands- und Behördenarbeit gestärkt aufgrund vermehrter Anfragen – unter anderem mit Beiträgen zu Tarifen, Pflegeinitiative, MedBG und dem Nationalen Qualitätsvertrag. Die Forel Klinik bringt sich aktiv in die Gestaltung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen ein und ist in zahlreichen Gremien und Arbeitsrguppen kantonal wie national vertreten.

Steuerung und Prozesse gestärkt
Das operative Risikomanagement wurde mit klaren, hinterlegten Bewertungs- und Nachweisregeln aufgebaut. Die Prozessdokumentation wurde weitgehend abgeschlossen: 104 Dokumente und 26 Prozesse wurden überarbeitet oder neu erstellt. Die Klinik verfügt damit über eine aktuelle, belastbare

Grundlage für wirksame Steuerung und Qualitätssicherung.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

Strategie und Mehrjahresplanung
Im Berichtsjahr wurde eine neue Strategie eingeführt, die in Zusammenarbeit mit Geschäftsleitung und Verwaltungsrat entwickelt wurde. Sie verfolgt drei übergeordnete strategische Ziele: Exzellenz in der Behandlung, Attraktivität als Arbeitgeberin sowie Wirtschaftlichkeit. Zur Umsetzung dieser Ziele wurden vier strategische Handlungsfelder definiert: Kompetenz, Effizienz, Resilienz und Finanzierung. Parallel zur Strategie wurde ein internes Zielbild präsentiert, das die langfristige Entwicklung der Klinik symbolisiert. Ergänzt wird die Strategie durch eine umfassende Mehrjahresplanung, die alle relevanten Entwicklungsprojekte einschliesslich der Infrastrukturplanung sowie die zugehörigen Finanzmittel transparent abbildet.

Führungskonzept, Führung mit Zielen und gelebte Werte
Im Berichtsjahr wurde ein Führungskonzept erstellt. Es zeigt die organisationale Systematik der Führung, zentrale Führungsinstrumente sowie die zugrunde liegende Haltung und Wertebasis auf.Kernbestandteil der Instrumente ist der Ansatz „Führung mit Zielen“ und „gelebte Werte“, der als unternehmensweite Grundlage für die strategische Zielverfolgung dient. Dieser fördert eine klare Ausrichtung und Fokussierung, stärkt die Umsetzungskraft und verankert gemeinsame Werte im Führungsalltag.

Projekt Squadra – Stärkung von Führung, Kultur und gelebten Prozessen
Mit dem Projekt Squadra wurde ein bedeutender Schritt zur Weiterentwicklung der Führungs- und Unternehmenskultur unternommen. Das Projekt bündelte und steuerte die Aktivitäten in verschiedenen Handlungsfeldern. Im Fokus standen klare Führung, gelebte Werte und stabile Strukturen. Durch Befragungen bei Mitarbeitenden und Workshops wurden Impulse aus der Organisation gezielt aufgenommen und daraus Massnahmen für die Umsetzung in den Teilprojekten abgeleitet. Während der Laufzeit wurden mit einem Monitoring regelmässige Mood-Messungen durchgeführt.

Projekt PAT-F – Patientenorientierte Alkohol-Therapie-Forschung
Mit PAT-F startet ein praxisnahes Forschungsprojekt zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Alkoholentwöhnung. Erfasst werden sowohl objektive Kennzahlen wie Abstinenzraten als auch subjektive Einschätzungen der Patientinnen und Patienten (PREMs & PROMs). Der partizipative Ansatz stärkt die Relevanz der Ergebnisse. In Kooperation mit der ZHAW liefert PAT-F evidenzbasierte Impulse für eine wirksame, bedürfnisorientierte Therapiegestaltung.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualität systematisch sichern und weiterentwickeln
Im kommenden Jahr stehen der weitere Aufbau interner Audits zum Beispiel im administrativen Bereich sowie die Etablierung von Qualitätszirkeln in der gesamten Klinik im Vordergrund. Letztere fördern den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) bereichsübergreifend. Das KVP selbst wird breiter ausgerollt. Zudem wird die bestehende Risikoanalyse im strategischen Risikomanagement aktualisiert und weiterhin als Grundlage für die vorausschauende Steuerung genutzt.

Projektmanagement stärken und Reifegrad erfassen
Nach dem Aufbau des Projektportfoliomanagements findet erstmals eine umfassende Schulung für Projektleitende und Auftraggebende statt. Diese legt die Basis für ein einheitliches Verständnis und eine professionelle Umsetzung. Im Anschluss folgt eine Reifegradmessung, um den Entwicklungsstand zu bewerten. Auch der digitale Reifegrad der Klinik wird im kommenden Jahr systematisch erfasst. Zudem wird das Projekt Squadra mit Fokus auf Führung, Kultur und Struktur abgeschlossen und intern verankert.

Einführungsprogramme weiterentwickeln
Die fachlichen Einführungsprogramme werden gesamtheitlich überarbeitet oder neu erstellt und verbindlich dokumentiert. Gleichzeitig unterstützt das Qualitätsmanagement verschiedene Abteilungen bei der strukturierten Pflege von Prozessen und Dokumenten.

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)
– Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen
– Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie – Erwachsene

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Messungen ANQ

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:
Mitarbeitendenzufriedenheit
▪ Squadra-Monitoring

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
Wiedereintritte
▪ Wiedereintrittsquote

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Die Aktivitäten sind nicht abschliessend aufgeführt.

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

Squadra

Ziel	Wir kennen unsere Strategie und leben unser Leitbild, gehören zu den besten Arbeitgebern, weisen unsere Erfolge aus und werden von aussen wahrgenommen. Wir kennen unsere Prozesse und wissen, wo wir welche Informationen finden.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Unternehmensentwicklung
Projekt: Laufzeit (von…bis)	04/2023 - 04/2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Mit einem starken Team – einer Squadra – arbeiten wir an der Stossrichtung für gute Stabilität, Führung, Kultur und Compliance.
Methodik	Initialisierung, Definition, Planung, Steuerung, Abschluss (Evaluation)
Involvierte Berufsgruppen	Alle Geschäftsfelder
Evaluation Aktivität / Projekt	Umfragen, Kennzahlen, Workshop
Weiterführende Unterlagen	Change-Board-Report

PAT-F

Ziel	Integration objektiver Kennwerte der Alkoholtherapie und der Patientenperspektive
Bereich, in dem das Projekt läuft	Forschung
Projekt: Laufzeit (von…bis)	07/2024-07/2027
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Erweiterung des Verständnisses durch Zusammenführung qualitativer und quantitativer Daten zum Behandlungsprozess und zu Behandlungsergebnissen
Methodik	Fragebogenerhebung, Mixed Methods
Involvierte Berufsgruppen	Forschung, Pflege, Psychotherapie, Ärzteschaft
Evaluation Aktivität / Projekt	Kontinuierlich, abschliessende Evaluation bei Abschluss
Weiterführende Unterlagen	Change-Board-Report

Etappierte Infrastruktur Projekte

Ziel	Aufrechterhaltung und Modernisierung der Infrastruktur für den Betrieb, Werterhaltung, Angebotserweiterungen, Erfüllung gesetzlicher Vorgaben
Bereich, in dem das Projekt läuft	Betriebe
Projekt: Laufzeit (von…bis)	01/2024 - 12/2034
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Umsetzung des Ergebnisses aus dem Vorprojekt Etappierte Infrastruktur Planung.
Methodik	Kontinuierlich, abschliessende Evaluation bei Abschluss
Involvierte Berufsgruppen	Betriebe
Evaluation Aktivität / Projekt	Kontinuierlich, abschliessende Evaluation bei Abschluss
Weiterführende Unterlagen	Change-Board-Report

Erweiterung Ambulatorium Zürich

Ziel	Angebotserweiterung im ambulanten Bereich zur Verbesserung der therapeutischen Kontinuität bei Setting-Wechsel.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ausserstationäre Versorgung
Projekt: Laufzeit (von…bis)	01/2024 - 02/2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Strategisches Ziel des Ausbaus ambulanter Behandlungsmöglichkeiten.
Methodik	Initialisierung, Definition, Planung, Steuerung, Abschluss (Evaluation)
Involvierte Berufsgruppen	Medizinisch-Therapeutischer Bereich, Betriebe, HR, IT
Evaluation Aktivität / Projekt	Kontinuierlich, abschliessende Evaluation bei Abschluss
Weiterführende Unterlagen	Change-Board-Report

Piano

Ziel	Vereinheitlichter Wochenplan über alle Behandlungseinheiten der stationären Versorgung.
Bereich, in dem das Projekt läuft	Stationäre Versorgung
Projekt: Laufzeit (von…bis)	04/2024 - 05/2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Das bis anhin achtgliedrige Stationssystem wird in drei Organisationseinheiten vereinfacht. Stärkung und Ausbau der interdisziplinären Therapieangebote. Synchronisation und Vereinheitlichung der therapeutischen und betrieblichen Zusammenhänge.
Methodik	Initialisierung, Definition, Planung, Steuerung, Abschluss (Evaluation)
Involvierte Berufsgruppen	Medizinisch-Therapeutischer Bereich, IT
Evaluation Aktivität / Projekt	Kontinuierlich, abschliessende Evaluation bei Abschluss
Weiterführende Unterlagen	Change-Board-Report

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Projektportfoliomanagement (PPM)

Ziel	Aufbau eines Projektportfoliomanagements (PPM)
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Unternehmensentwicklung
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2023
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Aufbau einer PPM-Organisation und eines Führungs- und Steuerungsinstruments, damit einhergehende bessere Entscheidungsfindungsgrundlage und bessere Übersicht über Projekte, deren Verlauf und Ressourcenverbrauch inkl. einer Plattform für Projektideen.
Methodik	Initialisierung, Definition, Planung, Steuerung, Abschluss (Evaluation)
Involvierte Berufsgruppen	Finanzen, Betriebe, Medizinisch-Therapeutischer Bereich, IT
Evaluation Aktivität / Projekt	Mittels entwickeltem PPM-Tool, standardisierten Projektabläufen und verbesserten Entscheidungsgrundlagen sowie besserer Transparenz zur Priorisierung von Projekten.
Weiterführende Unterlagen	Change-Board-Report

FTGS Zertifizierung nach GNTH

Ziel	FTGS Silber-Zertifikat
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Unternehmensentwicklung
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Seit Jahren misst die Forel Klinik dem Thema Nichtrauchen eine grosse Bedeutung zu und bekennt sich zur Umsetzung einer Tabakfrei-Strategie nach GNTH-Standard (Global Network for Tobacco Free Health Care Service).Eine Zertifizierung nach GNTH-Standard erhöht die Bedeutung und Qualität der Themen <Rauchfreie Klinik> und <Tabakentwöhnung> als Angebot der Klinik.
Methodik	GNTH-Standard
Involvierte Berufsgruppen	Therapeuten, HR, Betriebe, Unternehmensentwicklung
Evaluation Aktivität / Projekt	Zertifikat

Global Green and Healthy Hospitals (GGHH)

Ziel	Aufbau von stetigen Verbesserungen im Bereich Nachhaltigkeit
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Unternehmensentwicklung
Aktivität: Laufzeit (seit…)	2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Integration von nachhaltigen Vorgehensweisen in der gesamten Klinik.
Methodik	Mitgliedschaft im Netzwerk Global Green and Healthy Hospitals (GGHH) und anwenden der Vorgaben des Netzwerks.
Involvierte Berufsgruppen	Betriebe
Evaluation Aktivität / Projekt	Prüfung von integrierter Nachhaltigkeit in Prozessen und Dokumenten.

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 2016 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.

Bemerkungen
Das CIRS ist etabliert und wird rege genutzt. Ein CIRS-Konzept ist vorhanden. Die Forel Klinik ist Mitglied des CIRRNET-Netzwerks der Stiftung Patientensicherheit Schweiz.
Im Berichtsjahr wurden 11 CIRS-Fälle erfasst und bearbeitet. Es wurden 6 Massnahmen umgesetzt.

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**
Rekole	Finanzbereich	2016	2024	nächste Re-Zertifizierung 2028
GNTH-Standard (Global Network for Tobacco Free Health Care Service)	Ganze Klinik	2013	2023	nächste Re-Zertifizierung 2026
SIWF / FMH zertifizierte Weiterbildungsstätte	Medizinisch-Therapeutischer Bereich	2014	2023	anerkannt als SIWF-Weiterbildungsstätte für Psychiatrie und Psychotherapie der Kategorie C (ambulant und stationär), Nächste Visitation 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 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit).

5.1.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Psychiatrie – Erwachsene

Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patienten-befragungen 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 Erwachsenenpsychiatrie

Fragen	Vorjahreswerte 2019	2021	2022	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2024 (CI* = 95%)
Forel Klinik AG				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	3.80	3.85	3.86	3.99 (3.75 - 4.24)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.66	4.27	4.53	4.43 (4.22 - 4.63)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.24	4.11	4.30	4.33 (4.12 - 4.54)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	4.12	3.83	3.90	3.92 (3.59 - 4.26)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	4.24	4.10	4.04	4.17 (3.89 - 4.44)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.27	3.92	4.11	4.11 (3.85 - 4.37)
Anzahl abgegebene Fragebogen 2024				120
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	50	Rücklauf in Prozent		42.00 %

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.

Die für das Jahr 2020 geplanten Patientenbefragungen in der Rehabilitation und Psychiatrie wurden infolge der Covid-19-Pandemie auf das Folgejahr (2021) verschoben. Danach gilt der reguläre 2-Jahres-Rhythmus wonach von Seiten ANQ in diesen Bereichen jeweils in den geraden Jahren eine Patientenbefragung stattfindet. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind.

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.

Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

1. Qualität der Behandlung
100 % der Befragten gaben an, dass die Behandlungsqualität der Forel Klinik "Gut", "Sehr gut" oder "Ausgezeichnet" ist.

2. Information, Kommunikation: Möglichkeit, Fragenzu stellen
90 % der Befragten gaben an, dass sie "Meistens" oder "Immer" die Möglichkeit hatten, Fragen zu stellen, oder gaben an "Ich hatte keine Fragen". 10 % beantwortet diese Frage mit "Manchmal".

3. Information, Kommunikation: Verständliche Antworten
96 % der Befragten gaben an, dass sie "Meistens" oder "Immer"verständliche Antworten auf ihre Fragen erhielten, oder sie gaben an "Ich hatte keine Fragen". 2 % beantworteten diese Frage mit "Manchmal", 2 % mit "Selten".

4. Medikation: Verständliche Erklärungen zu Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt
79.1 % beantwortet diese Frage mit "Überwiegend", "Ja, vollumfänglich" oder "Ich habe keine Medikamente erhalten". 14.6 % beantwortet diese Frage mit "Teilweise" , 6.2 % mit "Eher nicht".

5. Partizipation, Therapieplan
81.6 % der Befragten gaben an, dass sie "Überwiegend" oder "Ja, vollumfänglich" ausreichend in die Entscheidungen Ihres Behandlungsplans einbezogen wurden, 10.2 % antwortet mit "Teilweise", 8.2 % mit "Eher nicht".

6. Austrittsmanagement, Vorbereitung auf den Klinikaustritt
85.7 % beantwortet diese Frage mit "Überwiegend", oder mit "Ja, vollumfänglich". 8.2 % beantwortet diese Frage mit "Teilweise", 4.1 % mit "Eher nicht" und 2 % mit "Nein, gar nicht".

Fazit:
Die Patientenzufriedenheit in der Forel Klinik ist sehr hoch. Behandlung, Kommunikation und Austrittsvorbereitung werden überwiegend positiv bewertet, mit geringem Optimierungsbedarf bei Medikation und Einbezug in den Therapieplan.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär (mind. 24 Stunden) behandelten Patient:innen der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 16 Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni 2024 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	▪ Patient:innen der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patient:innen. ▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Forel Klinik AG
Qualitäts- & Risikomanagement
Werner Güntert
Qualitäts- & Risikomanager
052 369 12 68
werner.guentert@forel-klinik.ch
Montag bis Freitag 09:00-12:00
13:00-16:00

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 Squadra-Monitoring

Umfrage zur Wahrnehmung der betrieblichen Kultur. Die Durchführung fand im Mai und im November während je drei Wochen statt.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom 06.05.2024 bis 22.11.2024 durchgeführt.
Die Befragung/Messung fand in allen Abteilungen statt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse sind nur zum internen Gebrauch bestimmt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Behandlungsqualität

Messungen in der Akutsomatik

9 Wiedereintritte

9.1 Eigene Messung

9.1.1 Wiedereintrittsquote

Die Wiedereintrittsquote innerhalb von 6 bzw. 12 Monaten wird erfasst und monatlich an die Geschäftsleitung berichtet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.
Die Messung fand im stationären Entzugs- und Entwöhnungsbereich statt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse sind nur zum internen Gebrauch bestimmt.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

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 Nationale Erfassung Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM) in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FM). Erfasst werden von den fallführenden Fachpersonen bei Anwendung Isolationen aus infektiologischen/somatischen Gründen, Fixierungen, Festhalten (nur Erwachsenenpsychiatrie) und Zwangsmedikationen (Medikation trotz Widerstand) sowie Bewegungseinschränkungen im Stuhl und im Bett (nur Erwachsenenpsychiatrie), wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter.

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. Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) müssen immer im Kontext betrachtet werden. Weniger FM bedeuten nicht automatisch eine bessere Qualität. Zentral ist, dass FM reflektiert, begründet und dokumentiert sind, sowie den Kindes- und Erwachsenenschutz berücksichtigen. Kliniken, die alle FM gemäss ANQ-Vorgaben erfassen, weisen eine höhere Anzahl an FM auf. Die FM Daten werden zudem nicht risikobereinigt ausgewertet. Unterschiede bezüglich Leistungsangebot, Infrastruktur, Patientenkollektiv und Stichprobengrösse werden somit nicht ausgeglichen. Aus den oben genannten Gründen ist ein direkter Vergleich der Anzahl FM zwischen den Kliniken nicht zulässig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie/.

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

Begründung

Die Forel Klinik AG ist ein Spezialversorger im Bereich F1 und bietet im Fachbereich der freiheitsbeschränkenden Massnahmen keine Leistungen an, kann jedoch aufgrund der Dispensregeln des ANQ nicht von der Messung dispensiert werden und ist in der Messübersicht des ANQ als teilnehmend aufgeführt. Es werden keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen angewendet, weshalb die Anzahl der erfassten Fälle bei Null liegt. Da somit keine Messdaten vorliegen, sehen wir von der Publikation der Ergebnisse ab.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	EFM

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patient:innen der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung) mit einem stationären Aufenthalt grösser als 24 Stunden.
	Ausschlusskriterien Erwachsene	Patient:innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patient:innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Patient:innen der Erwachsenenpsychiatrie.

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 Rücklaufquote des BSCL-Fragebogens wird als zu gering erachtet, um die Ergebnisse als hinreichend valide einordnen zu können.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Der *ANQpsy_EP_Nationaler Vergleichsbericht 2023* zeigte, dass beim BSCL eine wesentliche Verringerung der vom nationalen Klinikvergleich ausgeschlossenen Fragebogen erreicht werden konnte.
Die Handhabung der Erhebung wieder einer Einzelperson zu übertragen zeigt Wirkung, die noch viel besser ausgefallen wäre, wenn die damals verwendete Software die nachträglich eingegebenen Erfassungsdaten von Papierausgaben akzeptiert hätte.
Der Fragebogen wird neu im KIS erfasst und die zuvor aufgeführten Probleme sind behoben. Die künftigen Ergebnisse werden noch einmal deutlich besser ausfallen.

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 Squadra

Die Projektdaten sind unter 4.4, Qualitätsaktivitäten und -projekte, erfasst.

18.1.2 Entwicklung PAT-F Fragebogen

Die Projektdaten sind unter 4.4, Qualitätsaktivitäten und -projekte, erfasst.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr.

Im Berichtjahr wurden diverse umfangreiche Projekte verfolgt, aber keines abgeschlossen. Ausserdem wurden Qualitätsinitiativen, welche bereits zuvor begonnen wurden erfolgreich weitergeführt und entwickelt, wie z.B. das Projektportfoliomanagement, Global Green and Healthy Hospital (GGHH) oder Massnahmenumsetzung aus der FTGS Zertifizierung nach GNTH-Standard.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtjahr

Im Berichtsjahr wurden keine Zertifizierungsprojekte angegangen.

19 Schlusswort und Ausblick

Der vorliegende Qualitätsbericht verdeutlicht unser Engagement für eine hochstehende Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeiten. Wir sind auch weiterhin bestrebt, unsere Massnahmen kontinuierlich zu verbessern, um den individuellen Bedürfnissen unserer Patientinnen und Patienten gerecht zu werden sowie unseren Mitarbeitenden ein Umfeld zu bieten, in welchem sie die bestmögliche Versorgung leisten können.

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

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.