



KLINIK FÜR SUCHTTHERAPIE

Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

29.05.2020
Dieter Steubing, CEO/ Chefarzt/ Qualitätsbeauftragter der
Klinik für Suchttherapie

Version 1

Klinik für Suchttherapie

<http://www.sozialtherapie.ch>



Psychiatrie

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2019.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2019

Frau
Shirin Azali
Qualitätsleiterin Klinik für Suchttherapie
062 886 99 50
s.azali@sozialtherapie.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten 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	8
2.1 Organigramm	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	12
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	12
4.2 Durchführung von kantonale 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	17
4.5 Registerübersicht	18
4.6 Zertifizierungsübersicht	18
QUALITÄTSMESSUNGEN	19
Befragungen	20
5 Patientenzufriedenheit	20
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	20
5.2 Beschwerdemanagement	21
6 Angehörigenzufriedenheit Rückmeldungen von Angehörigen werden	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	22
7.1 Eigene Befragung	22
7.1.1 MitarbeiterInnengespräche	22
8 Zuweiserzufriedenheit	23
8.1 Eigene Befragung	23
8.1.1 Erhebung der Zuweiserzufriedenheit	23
Behandlungsqualität	24
9 Wiedereintritte Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
10 Operationen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie 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 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	24
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	24
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Die Zielerreichung und der körperliche Gesundheitszustand wird im Rahmen von regelmässigen Gesprächen mit PatientIn und Behandlungsteam ausgewertet.	
17 Weitere Qualitätsmessung	25
17.1 Weitere eigene Messung	25
17.1.1 Evaluation des internen Fortbildungsangebotes	25

18	Projekte im Detail	26
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	26
18.1.1	Infrastruktur	26
18.1.2	Ausbildungsverpflichtung	26
18.1.3	Fortbildung der Mitarbeitenden	27
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019	28
18.2.1	Neue Gastküche für den Standort Niederlenz	28
18.2.2	Erweiterung der Räumlichkeiten am Standort Egliswil.....	28
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	29
18.3.1	Rekole-Zertifizierung	29
18.3.2	QuaTheDA- Rezertifizierung	29
19	Schlusswort und Ausblick	30
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		31
Psychiatrie		31
Herausgeber		32

1 Einleitung

Klinik für Suchttherapie

Seit dem 1. Januar 2015 führen wir die Klinik für Suchttherapie zur Behandlung von Menschen mit allen Formen von Abhängigkeitserkrankungen und Verhaltenssüchten. An den drei Standorten in Neuenhof (Entzug), Egliswil (Entwöhnungstherapie) und Niederlenz (Entwöhnungstherapie) bieten wir ein umfassendes, fachärztlich geleitetes Therapieprogramm an. Die Klinik verfügt über insgesamt 47 Plätze an den drei Standorten.

Entzug Neuenhof

In Neuenhof führen wir stationäre, qualifizierte Entzugsbehandlungen mit medikamentöser Unterstützung für Betroffene ab 16 Jahren durch. Die Einrichtung bietet eine familiäre Atmosphäre mit 10 Betten. Die Behandlungsverläufe werden individuell gestaltet und dauern zwischen 20 und 40 Tagen. In einem Vorgespräch werden die Anliegen und Vorstellungen der PatientInnen besprochen und ein Eintrittstermin festgelegt. Auch zu weiterführenden Therapien beraten wir die PatientInnen kompetent und umfassend.

Therapie Egliswil

Die Therapie Egliswil bietet ein ärztlich geleitetes Therapieprogramm für Jugendliche ab 16 Jahren und Erwachsene mit Sucht- und anderen psychosozialen Problemen an. Es werden auch Paare aufgenommen. Das Angebot will Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen einen Ausweg aus der Sucht aufzeigen und ihnen helfen, eine möglichst selbständige und lebensbejahende Zukunft aufzubauen. Wir verstehen diesen Prozess als einen Weg, der gemeinsam mit uns und den Betroffenen geplant und gestaltet wird. Die PatientInnen werden von einem erfahrenen Team aus den Bereichen Medizin, Psychotherapie, Sozialpädagogik, Arbeitsagogik und Ergotherapie, sowie externen Fachleuten (Berufsberater etc.) unterstützt und begleitet. Am Standort Egliswil hat es 24 Betten.

Therapie Niederlenz

Die Therapie Niederlenz bietet Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ein ärztlich geleitetes, umfassendes Therapieprogramm. Die Klinik in Niederlenz verfügt über 13 Plätze in Einzelzimmern. Die Gruppengrösse garantiert eine familiäre Struktur mit einer hohen Betreuungsdichte und sehr persönlichen Beziehungen. Das vielseitige Angebot ist sowohl auf ein Rückfall- und Risikomanagement, als auch im Speziellen auf die berufliche und soziale Integration ausgerichtet. Es ist uns ein besonderes Anliegen, die Selbstfürsorge, soziale Kompetenzen und die Arbeitsfähigkeit zu stärken. Das Erlernen von Achtsamkeit und einem guten Umgang mit den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen ist ein weiterer Schwerpunkt der Therapie.

Qualität

Wir arbeiten nach transparenten Kriterien bezüglich der Qualität unserer Arbeit und entwickeln unsere Angebote im Rahmen des anerkannten QM-Systems QuaTheDA weiter. Durch das Erarbeiten und Umsetzen von Qualitätskriterien garantieren wir einen hohen Standard unserer Angebote.

Vernetzung

Auch im Jahr 2019 war die Vernetzung mit Anderen ein wichtiges Thema und unsere Klinik war u.a. wie folgt vernetzt:

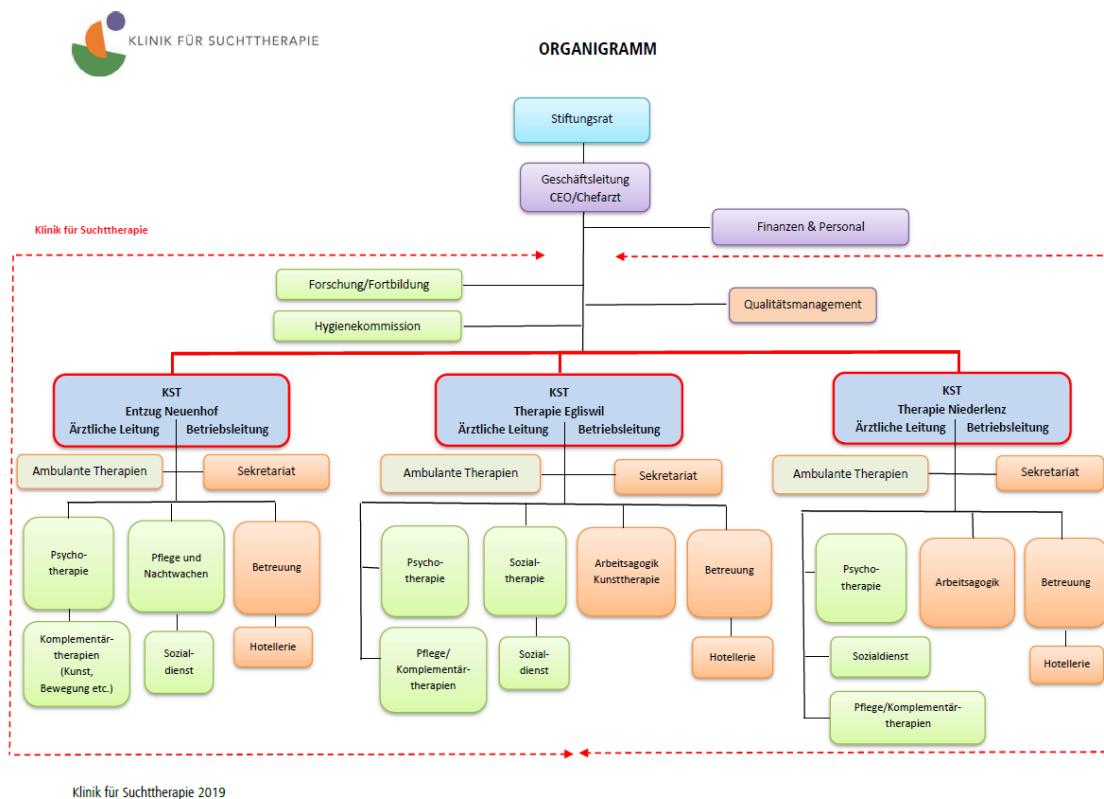
- Im Vorstand der Sparte Psychiatrie der vaka.
- Treffen der ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen im Aargau (sog. TASS).
- Veranstaltungen bzgl. dem Projekt MIVAG (Masterplan integrierte Versorgung).
- Mitwirkung beim Projekt e-Health (Stammgemeinschaft Leistungserbringer Aargau).
- In verschiedenen Fachgruppen vom Fachverband Sucht.
- Treffen der 7 Suchtfachkliniken der Deutschschweiz zum Thema TARPSY.

Weitere Informationen zu den Angeboten, sowie Kontaktdaten finden Sie auf unserer Homepage www.sozialtherapie.ch

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **50** Stellenprozent zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. med. Dieter Steubing
CEO/ Chefarzt, Qualitätsbeauftragter Klinik
für Suchttherapie
062 886 99 50
d.steubing@sozialtherapie.ch

Frau Shirin Azali
Qualitätsleiterin Klinik für Suchttherapie
062 886 99 50
s.azali@sozialtherapie.ch

3 Qualitätsstrategie

Auf der Grundlage des Leitbildes setzt sich die Stiftung für Sozialtherapie (SfS) das Ziel, im Suchttherapiebereich ein konkurrenzfähiger Dienstleistungsanbieter zu sein. Sie führt eine 4-Jahres-Strategie, welche jährlich überprüft wird. Die Strategie ist in folgende Teilbereiche unterteilt:

- Angebotsplanung/ Integrierte Versorgung,
- Infrastruktur,
- Förderung der Mitarbeitenden,
- Organisationsstruktur,
- Finanzierung,
- Vernetzung/ Marketing, sowie
- Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

Führungs- und Organisationsstruktur

Sicherstellung der operativen Gesamtverantwortung, sowie der psychiatrischen Versorgung am Standort Egliswil.

Finanzierung

Durchführung der ersten Kodierrevision im April 2019 durch Patric Fuchs der Firma medcod Fuchs in Maienfeld.

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung

Das Qualitätsmanagementsystem QuaTheDa wird unterhalten und optimiert.

Zufriedenheitserhebung

In der Berichtsperiode wird das erste mal eine systematische Erhebung der Zuweiserzufriedenheit durchgeführt.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

Erfolgreiche Führungsübergaben

Eine wichtige Veränderung fand auf der Ebene Geschäftsleitung statt. Der langjährige CEO Kurt Roth wurde auf Ende Juli pensioniert und ab 01. August übernahm der bisherige Chefarzt Dr. med. Dieter Steubing die operative Gesamtverantwortung für die Stiftung. Bereits am 11. Juni nahm Frau Meri Shunteva ihre Tätigkeit als Leitende Ärztin am Standort Egliswil auf und löste damit den Chefarzt und künftigen CEO ab. Durch diese zeitliche Überlappung konnten eine gute Einarbeitung der neuen Ärztin, sowie eine gute Übergabe vom alten an den neuen CEO gewährleistet werden. Auch dank der Tatsache, dass der Chefarzt in den vergangenen Jahren die Klinik fachlich geprägt und mitentwickelt hatte und in allen wichtigen Projekten involviert war, verlief der CEO-Wechsel reibungslos und es konnte eine Kontinuität in der Führung sichergestellt werden.

Umsetzung des Tarifsystems TARPSY 2.0

Eine wichtige Veränderung war 2019 der Wechsel von TARPSY 1.0 zu TARPSY 2.0. Die wichtigste Änderung hierbei war die Aufhebung der Unterscheidung zwischen Alkohol- und Drogenkonsum. Dies stellte für uns eine Verschlechterung dar, da wir von einem tieferen durchschnittlichen Day Mix Index ausgehen und somit mit Einbussen auf Einnahmenseite rechnen mussten. Da sich die überwiegende Mehrheit unserer Patienten bei der Kodierung in der schwereren Fallkategorie befand, fielen diese glücklicherweise geringer aus als befürchtet.

Erfolgreiche Kodierrevision

Im März fand zum ersten Mal die Kodierrevision statt, in welcher die kodierten Fälle des Vorjahres geprüft wurden. Hierbei wurde eine zufällig ausgewählte Stichprobe von 30 Fällen (von gesamthaft 172 kodierten Fällen) detailliert betrachtet. Es kam bei keinem der geprüften Fälle zu einer Abweichung.

Tarifverhandlungen mit den Versicherungen für das Jahr 2020

Da die Leistungsverträge mit den drei Einkaufsgemeinschaften der Krankenkassen (HSK, Tarifsuisse und CSS) Ende Jahr ausliefen, fanden im November und Dezember 2019 Tarifverhandlungen statt. Diese wurden wie zuvor im Rahmen der Verhandlungsgemeinschaft vaka geführt. Die Verhandlungen verliefen zufriedenstellend, sodass wir uns mit allen drei Einkaufsgemeinschaften einigen konnten und die ausgehandelten Tarife dann auch vom DGS genehmigt wurden. Es wurden 2-Jahresverträge (2020/2021) abgeschlossen resp. unbefristete Verträge, die erstmalig auf Ende 2021 kündbar sind. Die KST konnte ihren Basistarif von bislang 495,- (HSK und Tarifsuisse) resp. 485,- (CSS) bei allen Kassengemeinschaften auf 520,- für das Jahr 2020 und 525,- für das Jahr 2021 erhöhen, womit wir jedoch immer im untersten Bereich des Benchmarks angesiedelt sind.

Kontinuierliche Weiterentwicklung des QMS

Im Oktober 2019 fand das externe Aufrechterhaltungsaudit der Stiftung für Sozialtherapie statt. Zudem wurden von den internen AuditorInnen drei bis vier interne Audits pro Klinikstandort durchgeführt. Die Berichte der internen Audits zeigen, dass an allen drei Standorten nach dem QM-System gearbeitet wird und sich die Standards stetig weiterentwickeln. Dies wurde auch im externen Auditbericht der Firma SQS bestätigt und festgehalten.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Über die Qualitätsentwicklung der nächsten 4 Jahre gibt die 4-Jahres-Strategie der Stiftung für Sozialtherapie 2020- 2023, sowie die Jahresplanung der Klinik für Suchttherapie für das Jahr 2020 Auskunft. Für das Jahr 2020 stehen folgende Schwerpunkte im Vordergrund:

- Überprüfen des Stellenbedarfs im Bereich Administration
- Vorbereitung auf TARPSY 3.0, welches ab 2021 zur Geltung kommt
- Erfolgreiche Kodierrevision 2020
- Vorbereitungsarbeiten und Einführung des EPD
- Definitive Einführung der Kostenträgerrechnung
- Kontinuierliche Weiterentwicklung des QMS
- Bearbeitung der Hinweise des externen Auditors
- Erhebung der Mitarbeitendenzufriedenheit

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwachsenenpsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> – Symptombelastung (Fremdbewertung) – Symptombelastung (Selbstbewertung) – Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsmessungen von 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:
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ MitarbeiterInnengespräche
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Erhebung der Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Evaluation des internen Fortbildungsangebotes

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Neues Verwaltungssystem

Ziel	In Betriebnahme und Weiterentwicklung des ERP HeimNET
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 bis 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Ein den Anforderungen angepasstes Verwaltungssystem
Methodik	Gemäss internem Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Sämtliche Berufsgruppen, insbes. PatientInnenadministration
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Inbetriebnahme erfolgte per 01.01.2018. Es fanden zwischenzeitlich regelmässig Austauschtreffen statt zwischen der Klinik und der Firma Domis Consulting AG um Anpassungen und Verbesserungen zu besprechen und vorzunehmen. Der Bedarf an Anpassungen bestand auch im 2019 und wird weiterhin andauern.

Neues KIS

Ziel	In Betriebnahme und kontinuierliche Anpassung des KIS easyDOK
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 bis 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Ein den Anforderungen angepasstes Klinikinformationssystem
Methodik	Gemäss internem Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Sämtliche Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Das KIS ist seit dem 01.01.2018 in Betrieb und wird von sämtlichen Mitarbeitenden genutzt. Im Jahr 2019 stellten sich neue Herausforderungen rund um das KIS, welche nach wie vor ungelöst sind.

Einführung TARPSY

Ziel	Umsetzung neues Tarifsystem per 01.01.2018
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 bis 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Umsetzung des neuen Tarifsystems in der Psychiatrie
Methodik	Gemäss internem Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Sämtliche Berufsgruppen, insb. Mitarbeitende der PatientInnenadministration und Rechnungswesen, des Qualitätsmanagements
Evaluation Aktivität / Projekt	Die erste Kodierrevision in der KST wurde durchgeführt und zeigte, dass die Klinik auf dem richtigen Weg ist. Die Mitarbeitenden der Klinik setzten sich nachwievor mit dem Traifsystem auseinander (bspw. in Form von Teilnahme am Tarpsyzirkel in Aarau von H Services AG) und setzte die neuen Anforderungen um.

Vorbereitungsarbeiten zur Einführung des EPD

Ziel	Erfolgreiche Einführung des EPD
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Das Gesetz über das Elektronische PatientInnenendossier verlangt, dass Psychiatrische Kliniken am EPD angeschlossen sind.
Methodik	gemäss Projektplan der Stammgemeinschaft eHealth Aargau
Involvierte Berufsgruppen	Betriebsleitung, Sekretariat, QM
Evaluation Aktivität / Projekt	Die KST ist Mitglied der Stammgemeinschaft e-Health Aargau und informierte sich laufend an verschiedenen Veranstaltungen zusammen mit ihren IT-Partnern zu den aktuellen Entwicklungen. In der Berichtsperiode konnten die offenen Punkte weitgehend geklärt und die technischen Voraussetzungen wie z. B. verschlüsselte E-Mailkommunikation geschaffen werden.

Aufrechterhaltung QuaTheDA Zertifizierung

Ziel	Bestehen vom Aufrechterhaltungsaudit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2002 bis 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Stetige Optimierung des QMS, Unterhalt von transparenten Prozessen
Methodik	Qualitätsmanagementsystem auf der Grundlage QuaTheDA
Involvierte Berufsgruppen	Sämtliche Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Die KST hat das Aufrechterhaltungsaudit bestanden und es wurden keine Haupt- und Nebenabweichungen festgestellt.
Weiterführende Unterlagen	Externer Auditbericht der Firma SQS

Ausbildungsverpflichtung

Ziel	Ausbildung von Fachpersonen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 bis 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Erfüllung der kantonalen Ausbildungsverpflichtung
Involvierte Berufsgruppen	Soziale Arbeit, Sozialpädagogik
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Ausbildungsverpflichtung wurde erfüllt.

Bewerbung Spitalliste

Ziel	Erfüllung der Vorgaben für die Spitalliste 2020
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019
Begründung	Sicherstellung der Finanzierungsgrundlage
Involvierte Berufsgruppen	CEO und Chefarzt
Evaluation Aktivität / Projekt	Für die Spitalliste 2020-2023 hat die KST die Leistungsaufträge für die Gruppen FA (Störungen durch Alkohol, ICD-10 F10) und FD (Störungen durch andere psychotrope Substanzen, ICD-10 F11-19) erhalten.

Instandhaltung der Häuser

Ziel	Gut gepflegte und hochwertige Klinikstandorte und Infrastruktur, Schaffen von guten Bedingungen für das Klinikpersonal und die PatientInnen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Kontinuierlicher Unterhalt bzw. Instandhaltung der drei Klinikstandorte
Methodik	Gemäss internem Projektmanagement
Involvierte Berufsgruppen	Betriebsleiter, Betriebssicherheitsbeauftragte der Standorte
Evaluation Aktivität / Projekt	An allen drei Standorten wurden im Bereich Unterhalt und Instandhaltung diverse Arbeiten ausgeführt, wie bspw. Einbau einer Gastroküche aus Chromstahl am Standort Niederlenz.

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 2015 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.

4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	01.01.2015

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
QuaTheDA:2012	Ganzer Betrieb	2002	2017	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

Im Jahr 2018 wurde die Befragung dann bereits im Frühjahr durchgeführt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Die ersten drei Fragen sind identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die letzten drei Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Psychiatrie angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

Messergebnisse

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.

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

Begründung

Unser Betrieb publiziert die Ergebnisse beschreibend. Die Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt im Jahr 2018 war unter dem PatientInnenkollektiv hoch. Die Mehrheit der Bewertungen fallen ausgezeichnet und sehr gut aus. Eine eher geringe Zufriedenheit wurde nur vereinzelt angegeben (Total 4 mal und nur je eine eher tiefe Bewertung pro Frage) und eine schlechte Zufriedenheit gabs lediglich einmal. Die Werte der Klinik sind durchschnittlich höher als diejenige unserer Referenzgruppe.

Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

Die Ergebnisse der Erhebung sind erfreulich und es wurden aufgrund dieser Befragung keine spezifischen Verbesserungsmaßnahmen ergriffen.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

ESOPE, Unisanté, Lausanne

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik für Suchttherapie

Institut für Sucht und Gesundheitsforschung

ISGF

PD Dr. Michael Schaub

Beschwerdestelle

044 448 11 65

michael.schaub@isgf.uzh.ch

Bürozeiten

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 MitarbeiterInnengespräche

Wie jedes Jahr fanden in den Monaten November und Dezember die jährlichen Personalgespräche der Klinikmitarbeitenden mit ihren Vorgesetzten statt. In diesen Gesprächen wird die individuelle Situation jedes Mitarbeiters und jeder Mitarbeiterin mittels eines strukturierten Gesprächsbogens reflektiert. Es wird sowohl eine Selbst- und Fremdeinschätzung der Arbeitsplatzsituation, der Arbeitszufriedenheit und der –leistung (Qualität und Quantität), wie auch die Beurteilung des Linienvorgesetzten gemacht. Zudem werden die Ziele ausgewertet und bei Bedarf angepasst oder neu formuliert.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 01.01.2019 bis 31.12.2019 durchgeführt.
Entzug Neuenhof, Entwöhnungstherapien Egliswil und Niederlenz

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die MitarbeiterInnengespräche werden nicht einheitlich ausgewertet und verglichen. Es geht um eine Zufriedenheitsmessung, eine Selbst- und Fremdbeurteilung der Situation und eine Zieldefinition, welche gemeinsam mit dem Vorgesetzten reflektiert und formuliert wird.

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 Erhebung der Zuweiserzufriedenheit

Im November/ Dezember 2019 wurden 29 zuweisenden Stellen ein Fragebogen zur Erhebung der Zuweiserzufriedenheit zugestellt. Der Fragebogen bestand aus 5 standardisierten Fragen (zur Zufriedenheit mit dem Angebot, mit der Zusammenarbeit, dem Einweisungsprozess, dem Berichtswesen, der Homepage), sowie einem Feld für offene Rückmeldungen. Die Institutionen hatten die Möglichkeit eine Ansprechperson anzugeben.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 01.11.2019 bis 31.12.2019 durchgeführt. Die Befragung fand für alle drei Klinikstandorte (Neuenhof, Egliswil und Niederlenz) statt. Es wurden sämtliche relevante zuweisenden Stellen der Klinikstandorte Neuenhof, Egliswil und Niederlenz angeschrieben.

Insgesamt wurden 11 Fragebögen retourniert (6 für Neuenhof, 7 für Egliswil und 5 für Niederlenz, wobei retournierte Fragebögen teils für mehrere Standorte galten).

Zusammenfassend wurden folgende Rückmeldungen gesammelt:

- Die zuweisenden Stellen sind sehr zufrieden mit dem Klinikangebot.
- Die Zusammenarbeit mit der KST wird grösstenteils als sehr zufriedenstellend und teils als eher zufriedenstellend bewertet.
- Die befragten Personen sind mit dem Einweisungsprozess grösstenteils sehr zufrieden und eher zufrieden.
- Eine Rückmeldung bzgl. dem Berichtswesen konnten nicht alle Befragten geben, aber mehrheitlich waren auch hier die Befragten sehr zufrieden und teils eher zufrieden.
- Die Homepage der KST ist für die meisten der Befragten sehr zufriedenstellend und wenige sind damit eher zufrieden oder können dazu keine Einschätzung abgeben.
- Im offenen Antwortfeld fielen vorwiegend sehr positive Begriffe, wie bspw. konstruktive, unkomplizierte und gute Zusammenarbeit und guter Informationsfluss, schnelles Berichtswesen, dass gerne PatientInnen an die KST verwiesen werden, Möglichkeit für kurzfristige Terminvergabe etc.
- Gemäss zwei Antworten könnten folgende zwei Punkte verbessert werden: lange Wartezeit für Vorstellungsgespräch, Berichte für die Justiz könnten forensischer sein (genannt wurde gem. Ros- Vorgaben).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Zusammenfassend hat die Klinik für Suchttherapie gemäss den Antworten der Zuweiserbefragung durchwegs ein positives Image und unterschiedliche Stellen (Hausärzte, andere Kliniken, Beratungsstellen) weisen gerne PatientInnen zu. Als zu überprüfende Massnahme zu Händen des CEOs/ Chefarztes bzw. der leitenden Ärzte wurde festgehalten, dass überprüft werden könnte, ob das Berichtswesen zu Händen der Justiz angepasst werden kann/soll.

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

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.

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

Begründung

Im Jahr 2018 wurden für die drei Klinikstandorte die Daten separat erhoben. Aufgrund dessen werden hier die Ergebnisse nicht publiziert.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Daten vom Jahr 2018 basieren auf 172 Fällen. Die Klinik für Suchttherapie mit ihren drei Standorten ist seit dem Jahr 2015 auf der Spitalliste. Ein wichtiges Ziel für unsere Klinik ist, die Datenqualität stetig zu verbessern bzw. unsere gute Datenqualität aufrecht zu erhalten. Dies ist uns für die Daten 2019 gemäss Datenqualitätsbericht gelungen.

Angaben zur Messung

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

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Evaluation des internen Fortbildungsangebotes

Im November 2019 wurden die Mitarbeitenden der Stiftung zur Zufriedenheit mit dem internen Fortbildungsangebot befragt, wobei sich die Befragung in zwei Blöcke teilte. Der erste Block bestand aus 4 standardisierten Fragen und der Möglichkeit in Freitextfeldern die Rückmeldung zu präzisieren und Themenwünsche anzugeben. Im zweiten Block wurden Rückmeldungen zu den einzelnen Fortbildungsthemen eingeholt.

Die vier standardisierten Fragen lauteten:

Wie zufrieden bist Du mit dem Fortbildungsangebot ALLGEMEIN?

Wie zufrieden bist Du mit der THEMENWAHL der Fortbildungsreihe

Wie zufrieden bist Du mit den RAHMENBEDINGUNGEN der Fortbildungsreihe?

Wie zufrieden bist Du mit der ORGANISATION/ PLANUNG der Fortbildungsreihe?

Das Ziel der Evaluation war, herauszufinden, ob die Mitarbeitenden zufrieden sind mit dem internen Angebot und es bei Bedarf unter Einbezug der Wünsche und Erfahrungen der Mitarbeitenden weiterzuentwickeln.

Diese Messung haben wir vom 08.11.2019 bis 14.11.2019 durchgeführt.

Die Befragung hat in der gesamten Klinik stattgefunden.

Sämtliche Mitarbeitende der Klinik für Suchttherapie konnten an der Befragung teilnehmen. Auch Fragebögen die zu spät eintrafen wurden in die Auswertung miteinbezogen.

Die Auswertung ergab, dass die befragten Personen die Abwechslung bzgl. Themenwahl und ReferentInnen als positiv erachteten. Eher erschwerend für die Teilnahme war, dass der Aufwand für eine kurze Weiterbildung gross war, wenn sie an einem anderen Standort stattfindet und der gewählte Tag nicht für alle Mitarbeitende passend ist. Zudem wurde die Organisation als nicht optimal bewertet. Ebenfalls ersichtlich wurde, dass wichtige Inhalte der Fortbildungen erfasst wurden. Zu Handen der fortbildungsverantwortlichen Person der Klinik wurden vier Empfehlungen festgehalten.

Bemerkung: Die Auswertung wurde auf der Basis von lediglich wenigen Antwortfragebögen erstellt (sehr geringer Rücklauf) und bildet dementsprechend nur sehr begrenzt ein Abbild der Meinungen aller Mitarbeitenden ab.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Infrastruktur

- **Projektart**

Internes Projekt

- **Projektziel**

Weiterentwicklung des Klinikinformations- und Verwaltungssystems (KIS und ERP)

- **Projektablauf/ Methodik**

gemäss internem Projektplan

- **Involvierte Berufsgruppen**

Sämtliche Mitarbeitende

- **Projektevaluation/ Konsequenzen**

Nach wie vor anspruchsvoll war die Situation mit dem Patientendokumentations- und Verwaltungssystem (KIS und ERP). Trotz regelmässiger Treffen mit den Verantwortlichen der Firma Domis und Updates der Software waren für uns zentrale Funktionen nicht möglich und die Performance des KIS hatte sich verschlechtert. Anfang 2020 wird über das weitere Vorgehen entschieden.

18.1.2 Ausbildungsverpflichtung

- **Projektart**

Internes Projekt

- **Projektziel**

Umsetzung der kantonalen Ausbildungsverpflichtung

- **Projektablauf/ Methodik**

gemäss Vorgabe seitens des Kantons

- **Involvierte Berufsgruppen**

Geschäftsführung, Betriebsleitungen

- **Projektevaluation/ Konsequenzen**

Als Klinik müssen wir die kantonale Ausbildungsverpflichtung für nichtuniversitäre Berufe im Bereich Pflege, Ergotherapie, Sozialpädagogik etc. erfüllen. Dieser sind wir auch im Jahr 2019 nachgekommen. Die verlangte Punktzahl wurde übertroffen.

18.1.3 Fortbildung der Mitarbeitenden

- **Projektart**

Internes Projekt

- **Projektziel**

Regelmässige Fortbildung für das Klinikpersonal, Vermittlung von Kompetenzen

- **Projektlauf/ Methodik**

gemäss internem Fortbildungsplan

- **Involvierte Berufsgruppen**

Sämtliche Mitarbeitenden

- **Projektergebnisse/ Konsequenzen**

Standortübergreifend fanden regelmässig interne Weiterbildung durch interne Klinikmitarbeitende oder durch externe Fachpersonen statt zu den Themen:

1. Fallvorstellung
2. Neurofeedback
3. IV, Vorstellung Gesamtprozess
4. Teambasierte Therapie
5. Psychoanalyse und Systemtheorie
6. Jobcoaching
7. Gehirndesign

Die Weiterbildungen fanden bei den Mitarbeitenden Anklang und wurden gut besucht.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

18.2.1 Neue Gastroküche für den Standort Niederlenz

- **Projektart**

Internes Projekt

- **Projektziel**

Optimierung der Arbeitsbedingungen für das Küchenteam, Gewährleistungen der Hygieneauflagen

- **Projektablauf/ Methodik**

Gemäss Jahresplanung

- **Involvierte Berufsgruppen**

Betriebsleitung, Arbeitstherapie

- **Projektevaluation/ Konsequenzen**

Es wurde durch die Firma HAARI AG Food Systems aus Bachenbülach eine Gastroküche aus Chromstahl eingebaut. So können nun ideal drei bis vier Personen gemeinsam die Menüs für rund 20 Personen vorbereiten.

18.2.2 Erweiterung der Räumlichkeiten am Standort Egliswil

- **Projektart**

Internes Projekt

- **Projektziel**

Schaffung von Büroräumlichkeiten für das Personal und eines Reservezimmers für PatientInnen, Vereinfachung der Aufnahmeplanung

- **Involvierte Berufsgruppen**

Betriebsleiter

- **Projektevaluation/ Konsequenzen**

Per 01.12.2019 wurde neben dem Klinikgebäude ein Büro angemietet und somit wurde im Neubau ein Zimmer frei, welches als weiteres Reservezimmer für PatientInnen genutzt werden kann. Zudem wurde im 3. OG des Hauptgebäudes eine Trennwand eingebaut, sodass die für die Frauenloge verantwortliche Sozialtherapeutin ein Büro neben den Wohngruppen hat.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Rekole-Zertifizierung

- **Projektart**

Internes Projekt

- **Projektziel**

Fernziel: Erlangen der Rekole-Zertifizierung / Einführung der Kostenstellenrechnung gemäss Rekole-Norm im Jahr 2020

Nahziel: Verbesserung der Leistungserfassung an den drei Klinikstandorten

- **Projekttablauf/ Methodik**

Gemäss dem internen Ablauf Projektmanagement

- **Involvierte Berufsgruppen**

Geschäftsführer, Leitung Rechnungswesen, IT-Verantwortliche Person der Klinik

- **Projektevaluation/ Konsequenzen**

Für die Rekole-Zertifizierung, welche wir mittelfristig anstreben, fehlen nach wie vor technische Voraussetzungen der IT Einrichtung, um die Kostenträgerrechnung nach Rekole-Standard abzubilden.

18.3.2 QuaTheDA- Rezertifizierung

- **Projektart**

Internes Projekt

- **Projektziel**

QuaTheDA-Aufrechterhaltungsaudit bestehen

- **Projekttablauf/ Methodik**

Gemäss dem internen Ablauf Projektmanagement, Auditverfahren

- **Involvierte Berufsgruppen**

Qualitätsbeauftragter und QualitätsleiterInnen, Betriebsleitungen

- **Projektevaluation/ Konsequenzen**

Die Prozesse an den drei Klinikstandorten wurden laufend verbessert und angepasst, wie bspw.:

1. Ergänzung der Risikoanalyse der Klinik für Suchttherapie um die Themen Mutterschutz und Unfall
2. Vereinfachte Dokumentation von Drogenscreenings im easyDOK

Zur Überprüfung der aktuellen Prozesse fanden 11 interne und ein externes Audit

(Aufrechterhaltungsaudit) statt. Es wurden keine Haupt- und Nebenabweichungen festgestellt.

19 Schlusswort und Ausblick

Die Zielsetzungen und die daraus abgeleiteten Massnahmen der Klinik sind in der Jahresplanung 2020 formuliert. Für das Jahr 2020 stehen folgende Schwerpunkte im Vordergrund:

- Kontinuierliche Weiterentwicklung des QMS
- Erhebung der Mitarbeitendenzufriedenheit
- Umsetzung des Tarfsystems TARPSY 2.0 und Vorbereitung auf TARPSY 3.0, welches ab 2021 zur Geltung kommt
- Erfolgreiche Kodierrevision
- Einführung des elektronischen PatientInnen dossiers EPD
- Definitive Einführung der Kostenträgerrechnung
- Überprüfen des Stellenbedarfs im Bereich Administration

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

Die Klinik für Suchttherapie bietet an drei Standorten Entzugs- und Entwöhnungstherapien an. Die Hauptdiagnose der PatientInnen ist in der Regel F10-F19 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 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.