



KLINIK FÜR SUCHTTHERAPIE

# Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

31.05.2019  
Kurt Roth, CEO

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 2018.

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 2018

Frau  
Shirin Azali  
Qualitätsleiterin Klinik für Suchttherapie  
062 886 99 50 (83)  
[s.azali@sozialtherapie.ch](mailto:s.azali@sozialtherapie.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

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. Zudem 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, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum .....</b>	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz .....</b>	<b>3</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements .....</b>	<b>8</b>
2.1 Organigramm .....	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie.....</b>	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018.....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren.....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten .....</b>	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen .....	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen.....	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte.....	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen.....	17
4.5 Registerübersicht .....	17
4.6 Zertifizierungsübersicht.....	17
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN.....</b>	<b>18</b>
<b>Befragungen .....</b>	<b>19</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit.....</b>	<b>19</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie .....	19
5.2 Eigene Befragung .....	21
5.2.1 QuaTheSI Befragung der PatientInnenzufriedenheit .....	21
5.3 Beschwerdemanagement .....	22
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b>	
Rückmeldungen der Angehörigen werden aufgenommen und im Rahmen der entsprechenden Sitzungen behandelt, jedoch nicht systematisch erfasst oder erfragt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit .....</b>	<b>23</b>
7.1 Eigene Befragung .....	23
7.1.1 MitarbeiterInnengespräche .....	23
7.1.2 QuaTheTeam.....	24
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b>	
Die Zuweiserzufriedenheit wird im Jahr 2019 das erste Mal systmatisch erfragt und erfasst.	
<b>Behandlungsqualität.....</b>	<b>25</b>
<b>9 Wiedereintritte</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>10 Operationen</b>	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>11 Infektionen</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>12 Stürze</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>13 Wundliegen</b>	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>15 Psychische Symptombelastung.....</b>	<b>25</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	25
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b>	
Die Zielerreichung und der körperliche Gesundheitszustand wird im Rahmen von regelmässigen Gesprächen mit PatientIn und Behandlungsteam ausgewertet.	
<b>17 Weitere Qualitätsmessungen</b>	

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>27</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	27
18.1.1	Infrastruktur .....	27
18.1.2	Ausbildungsverpflichtung .....	28
18.1.3	Fortbildung der Mitarbeitenden .....	28
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 .....	29
18.2.1	Erweiterung des Raumangebotes .....	29
18.2.2	Einführung Fachbereichsleitung Psychotherapie am Standort Egliswil .....	29
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	30
18.3.1	Rekole-Zertifizierung .....	30
18.3.2	QuaTheDA- Rezertifizierung .....	30
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>31</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>32</b>
Psychiatrie .....		32
<b>Herausgeber</b> .....		<b>33</b>

# 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 Einrichtung 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 2018 war die Vernetzung mit Anderen ein wichtiges Thema und unsere Klinik war u.a. wie folgt vernetzt:

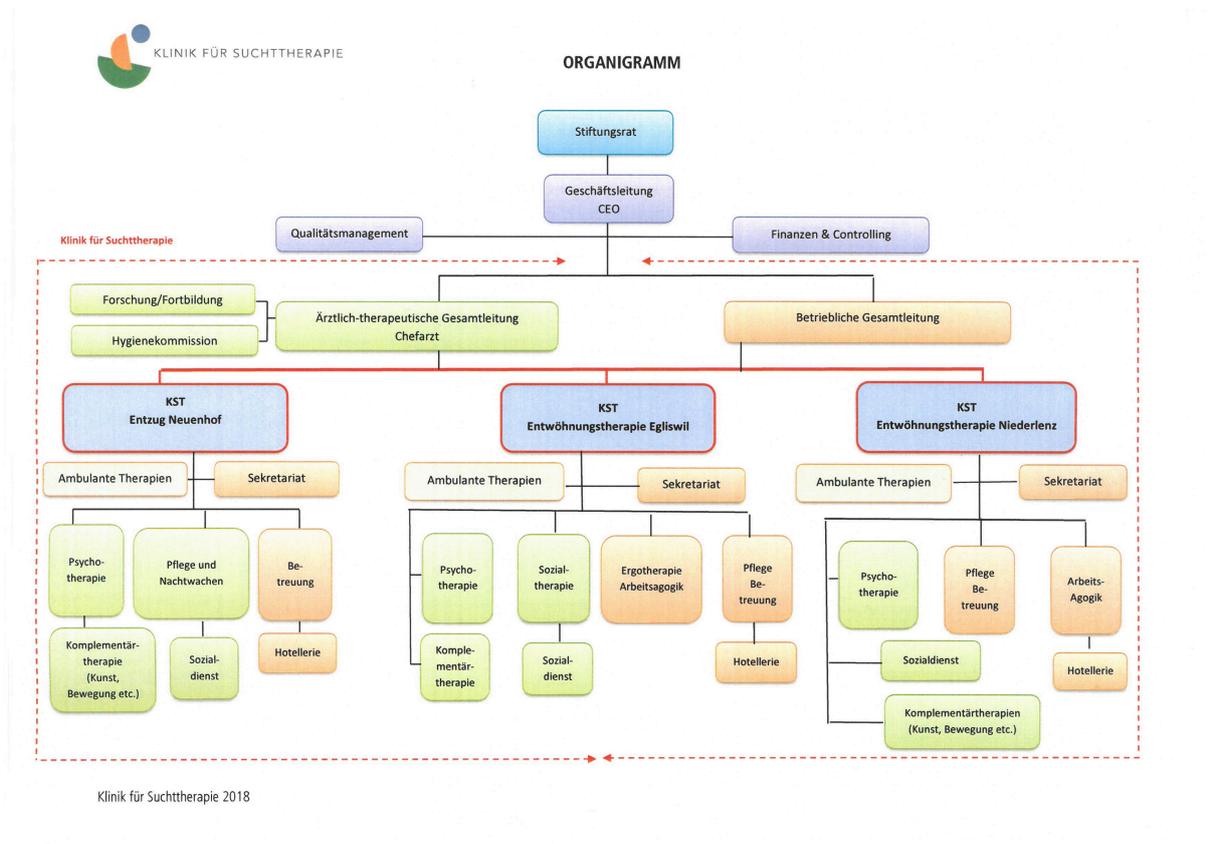
- Im Vorstand der Sparte Psychiatrie der vaka.
- Treffen der ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen im Aargau (sog. TASS).
- Veranstaltungen bzgl. dem Projekt MIVAG (Masterplan integrierte Versorgung).
- Mitwirkung beim Projekt e-Health (Stammgemeinschaft Leistungserbringer Aargau).
- In 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](http://www.sozialtherapie.ch)

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Kurt Roth  
Geschäftsführer und Qualitätsbeauftragter  
Klinik für Suchttherapie  
062 886 99 50  
[k.roth@sozialtherapie.ch](mailto:k.roth@sozialtherapie.ch)

Frau Shirin Azali  
Qualitätsleiterin Klinik für Suchttherapie  
062 886 99 50  
[s.azali@sozialtherapie.ch](mailto: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 2018

##### **Angebotsplanung/ Integrierte Versorgung**

Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung am Standort Neuenhof (Arbeitsbeginn neuer ärztlicher Leiter des Standorts Neuenhof am 03.01.2018).

Ausbau der ambulanten Angebote am Standort Neuenhof.

##### **Infrastruktur**

Einführung des neuen KIS easyDOK und ERP HeimNET.

##### **Finanzierung**

Einführung des TARPSY per 01.01.2018.

##### **Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung**

Das Qualitätsmanagementsystem QuaTheDa wird unterhalten und optimiert.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

### Angebotsplanung/ Integrierte Versorgung

Zur Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung am Standort Neuenhof nahm per 03.01.2018 der neue ärztliche Leiter Dr. med. Adem Bajrami seine Tätigkeit mit einem 100% Pensum auf, da der langjährige leitende Arzt in Pension ging. Aufgrund der neu gewonnenen Kapazitäten der ärztlichen Leistungen konnten im zweiten Halbjahr u.a. auch am Standort in Neuenhof die ambulanten Angebote vergrössert werden. Das Angebot war sehr gut angelaufen und die Nachfrage grösser als das Angebot.

### Erfolgreiche QuaTheDa-Zertifizierung

Am 18. Oktober 2018 fand das Aufrechterhaltungsaudit für die gesamte Stiftung für Soziatherapie durch die Firma SQS (Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme) statt. Auch in dieser Berichtsperiode erhielten wir positive Feedbacks zu den getätigten Optimierungsschritten des Klinik-QMS. Es wurden keine Haupt- und Nebenabweichungen festgestellt.

### Infrastruktur, Einführung neues KIS

Nachdem Ende des Jahres 2017 sämtliche Mitarbeitende im Umgang mit dem neuen KIS easyDOK geschult wurden, erfolgte per 01.01.2018 die Umstellung. Im Laufe der Berichtsperiode wurde in regelmässigen gemeinsamen Sitzungen mit dem Anbieter jeweils die Herausforderungen und Schwierigkeiten besprochen. So konnten erste kontinuierliche Schritte einer Anpassung bzw. Weiterentwicklung der Software an die Klinikanforderungen angegangen werden. So erfolgt bspw. die Erfassung der Ausgänge detaillierter. Unter anderem werden die sog. Belastungserprobungen separat ausgewiesen.

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Über die Qualitätsentwicklung der nächsten 4 Jahre gibt die 4-Jahres-Strategie der Stiftung für Sozialtherapie 2019- 2022, sowie die Jahresplanung der Klinik für Suchttherapie für das Jahr 2019 Auskunft. Für das Jahr 2019 stehen folgende Schwerpunkte im Vordergrund:

- Erfolgreiche Führungsübergabe
- Umsetzung des Tarifsystems TARPSY 2.0
- Erfolgreiche Kodierrevision
- Tarifverhandlungen mit den Versicherungen für das Jahr 2020
- Vorbereitungsarbeiten zur Einführung des EPD
- Definitive Einführung der Kostenträgerrechnung
- Erhebung der Zuweiserzufriedenheit

## 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](http://www.anq.ch).

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

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualitätsmessungen von ANQ</li> </ul>

#### Bemerkungen

Die Klinik für Suchttherapie hat gemäss Leistungsauftrag verschiedene Qualitätsvorgaben seitens dem Kanton Aargau umzusetzen. U.a. sind wir verpflichtet, an den Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken teilzunehmen.

### 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>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ QuaTheSI Befragung der PatientInnenzufriedenheit</li></ul>
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ MitarbeiterInnengespräche</li><li>▪ QuaTheTeam</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Neues Verwaltungssystem

<b>Ziel</b>	In Betriebnahme des neuen ERP HeimNET
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2016 bis Ende 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Ein den Anforderungen angepasstes Verwaltungssystem
<b>Methodik</b>	Gemäss internem Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Sämtliche Berufsgruppen, insbes. PatientInnenadministration
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	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. Dies wird nach wie vor fortgeführt, um das System weiterhin auf die Klinikbedürfnisse anzupassen.

##### Neues KIS

<b>Ziel</b>	In Betriebnahme des neuen KIS easyDOK
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2016 bis Ende 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Ein den Anforderungen angepasstes Klinikinformationssystem
<b>Methodik</b>	Gemäss internem Projektmanagement
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Sämtliche Berufsgruppen
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das KIS ist seit dem 01.01.2018 in Betrieb und wird von sämtlichen Mitarbeitenden genutzt. Gemeinsam mit der Firma Domis Consulting AG fanden während dem Berichtsjahr regelmässige Treffen statt zur Weiterentwicklung und Anpassung des System an die Klinikanforderungen. Das KIS war per Ende Jahr bereits auf einem guten Stand und die regelmässigen Treffen wurden eingestellt. Bei Bedarf werden weiterhin Verbesserungen umgesetzt.

## Einführung TARPSY

<b>Ziel</b>	Umsetzung neues Tarifsysteem per 01.01.2018
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2016 bis Ende 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Umsetzung des neuen Tarifsystems in der Psychiatrie
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Sämtliche Berufsgruppen, insb. Mitarbeitende der PatientInnenadministration und Rechnungswesen, des Qualitätsmanagements
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Rechnungsstellung erfolgte ab dem 01.01.2018 gemäss Tarpsy 1.0. Die Kodierungen wurde in der Berichtsperiode durch einen externen Kodierer vorgenommen. Dieses Vorgehen bewährte sich, da der Klinik diesbzgl. eine Fachperson zur Seite stand.

## Tarifverhandlungen mit Krankenkassen

<b>Ziel</b>	Erfolgreiche Tarifverhandlungen mit den Krankenkassen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Finanzierung sicherstellen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	CEO und Chefarzt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Verhandlungen konnten abgeschlossen werden und die Verträge mit den drei Versicherungsgruppen liegen vor. Die Tarife wurden auch vom Kanton AG genehmigt.

## Instabilitätsindex als Instrument einer antizipierenden Diagnostik und Therapie/ Veröffentlichung eines Artikels

<b>Ziel</b>	Die Erfahrung mit dem entwickelten Tool in Niederlenz in einer wissenschaftlichen Veröffentlichung unterbringen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Niederlenz
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Mai 2018
<b>Begründung</b>	Es fehlt ein Diagnostikinstrument für die Stabilitätsmessung in der Psychiatrie, Erfahrungen der Klinik der Öffentlichkeit zugänglich machen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Leitender Arzt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Der wissenschaftliche Artikel fand anklang und wurde veröffentlicht in der Zeitschrift Suchttherapie Thieme
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Mai-Ausgabe Suchttherapie Thieme 2018 «Neues und Trends»

## Aufrechterhaltung QuaTheDA Zertifizierung

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

## Ausbildungsverpflichtung

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

## Neugestaltung und teils Erweiterung des Raumangebotes

<b>Ziel</b>	Umzug des Betreuungsbüros und Professionalisierung des Medikamentenschrankes
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Niederlenz
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Erstes Quartal 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Verbesserung der Arbeitsverhältnisse für die Betreuung. Besserer Standort des Büros (direkt neben dem Ausgang). Grösserer Räumlichkeit mit Platz für einen professionellen Medikamentenschrank.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Sämtliche Berufsgruppen, insbes. die Betreuung.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das Team ist zufrieden mit den neuen Gegebenheiten, da die Räumlichkeit ihren Zweck sehr gut erfüllt.

## Bewerbung Spitalliste

<b>Ziel</b>	Erfüllung der Vorgaben für die Spitalliste 2020
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2018
<b>Begründung</b>	Sicherstellung der Finanzierungsgrundlage
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	CEO und Chefarzt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Anforderungen an die Spitalliste 2020 wurden geprüft und die Bewerbungsunterlagen fristgerecht eingereicht. Die Klinik erfüllt weiterhin die Voraussetzungen für einen Leistungsauftrag im bisherigen Rahmen. Die von uns gewünschte Äquivalenzregel bei den Berufskriterien wurde vom DGS bewilligt. Das heisst in der Klinik (insbes. an den Entwöhnungsstandorten) können analog zu den Pflegefachpersonen auch Fachleute der Sozialpädagogik und Psychologie Betreuungsdienste leisten.

#### 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/saqm/\\_service/forum\\_medizinische\\_register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>Med. Stat.</b> Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik <a href="http://www.bfs.admin.ch">www.bfs.admin.ch</a>	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.

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

Die Messergebnisse 2018 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie).

#### Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

Insgesamt 29 Fragebögen wurden an die PatientInnen abgegeben, wobei 23 retourniert wurden. Der Rücklauf beträgt 79.3%. Dies ist verglichen mit der Referenzgruppe (42.3%) sehr hoch.

Standort	Neuenhof	Egliswil	Niederlenz	Total
Anzahl abgegebene Fragebögen	11	14	4	29
Anzahl retournierte Fragebögen	11	9	3	23 bzw. 79.3%

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.

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

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut

ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die von April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patienten der Forensik.</li><li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li><li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li><li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li></ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 QuaTheSI Befragung der PatientInnenzufriedenheit

Die Zufriedenheitsbefragung QuaTheSI bietet den Institutionen der Suchthilfe die Möglichkeit, ihr Angebot aus Sicht ihrer PatientInnen beurteilen zu lassen, sich mit ähnlichen Institutionen zu vergleichen und Verbesserungspotenziale bezüglich ihres Angebots zu identifizieren.

Das Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF führt die Befragung im Auftrag des BAG alle zwei Jahre durch. U.a. interessierte Institutionen der stationären Suchttherapie können die zur Verfügung gestellten Fragebogen für die Befragung ihrer PatientInnen nutzen. Die Befragung fand an einem Stichprobentag im März 2018 statt. Die Auswertung der Befragungen erfolgt durch das ISGF und die Klinik erhielt einen Institutionsbericht mit den Ergebnissen pro Klinikstandort, der zudem einen Vergleich der eigenen Resultate mit dem Durchschnitt der übrigen beteiligten Institutionen des entsprechenden Behandlungssektors enthält.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 05.03.2018 bis 09.03.2019 durchgeführt.

Die Befragung fand an allen drei Klinikstandorten statt (Entzug Neuenhof, Entwöhnung Egliswil und Niederlenz).

An der Zufriedenheits-Befragung QuaTheSI vom März 2018 haben Total 44 PatientInnen der Klinik für Suchttherapie teilgenommen, von denen 8 Personen in Neuenhof, 24 Personen in Egliswil und 12 Personen in Niederlenz in Behandlung waren. Die Befragung fand an einem Stichtag in der Klinik statt. Es konnten sämtliche PatientInnen freiwillig teilnehmen, die zu dem Zeitpunkt in stationärer Behandlung waren.

#### Tabelle der Zufriedenheitsindize der drei Klinikstandorte:

(1= unzufrieden, 5= zufrieden)	Neuenhof	Egliswil	Niederlenz
Allg. Zufriedenheit	3.59	3.56	3.15
Zufriedenheit mit Angeboten	4.24	4.17	3.46
Zufriedenheit mit Lebensumständen	4.46	4.27	4.14
Zufriedenheit mit Verständnis und Akzeptanz durch Team	4.5	4.28	4.15
Zufriedenheit mit Kompetenz des Teams	4.59	4.31	3.93
Zufriedenheit mit persönlicher Entwicklung	4.43	4.12	3.98

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse auf, dass die PatientInnen der KST zum Zeitpunkt der Befragung grösstenteils eher zufrieden bis sehr zufrieden waren. Mittelwerte unterhalb von drei („eher unzufrieden“), sind lediglich zwei Mal zu finden. Als relevanteste Massnahme wurde festgehalten, dass das Angebot zur systematischen Information/ Schulung der PatientInnen über Hepa, HIV und Aids verbessert werden soll.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ISGF
Methode / Instrument	QuaTheSI

### 5.3 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](mailto: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

Ende Jahr werden die jährlich stattfindenden MitarbeiterInnengespräche durchgeführt. 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 01.11.2018 bis 31.12.2018 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.

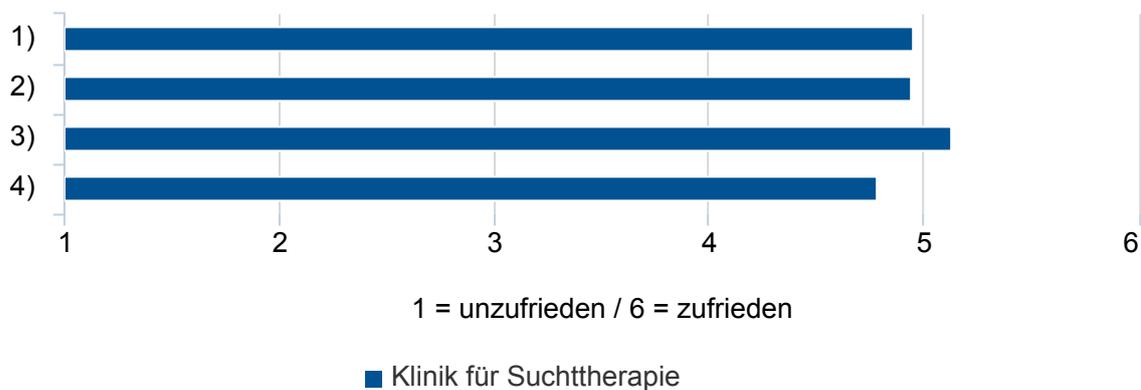
## 7.1.2 QuaTheTeam

Der Fragebogen QuaTheTeam-58 dient der Erhebung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit ihrer Arbeitssituation und den Rahmenbedingungen ihrer Arbeitsstelle. Folgende Bereiche wurden erfragt: Leitung und Personalführung, Burnoutgefährdung, Teamgeist, sowie Informationskultur.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 30.05.2018 bis 13.06.2018 durchgeführt. An allen drei Klinikstandorten (Entzug Neuenhof, Entwöhnung Egliswil und Niederlenz) Es konnten sämtliche Mitarbeitende der Klinik für Suchttherapie freiwillig an der Befragung teilnehmen. Ausgeschlossen waren Mitarbeitende die sich in der Probezeit befanden und Mitarbeitende die in einem sehr kleinen Pensum in der Reinigung angestellt sind. Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

### Messthemen

- 1) Leitung und Personalführung
- 2) Nicht-Burnout-Gefährdung
- 3) Teamgeist
- 4) Informationskultur



Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Messthemen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)	4)		
Klinik für Suchttherapie	4.95	4.94	5.13	4.78	40	73.00 %

### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Grafik zeigt auf, dass die durchschnittliche Zufriedenheit in der Klinik hoch ist. Standortspezifisch gibt es unterschiede, welche in der internen Auswertung beschrieben sind. Insgesamt gibt es lediglich vier Durchschnittswerte die kleiner sind als 3.5 (genauer zwischen 3.15 und 2.4). Dies betrifft die Zufriedenheit mit der Grösse der Räumlichkeiten in Neuenhof und Niederlenz, dem Aufwand mit der Administration in Egliswil und der Mühe mit unmotivierten PatientInnen in Niederlenz.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ISGF
Methode / Instrument	QuaTheTeam

## 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 Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Einschätzung der Fallführenden (Fremdbewertung).

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch/psychiatrie](http://www.anq.ch/psychiatrie)

#### Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

HoNOS Adults	2015	2016	2017
<b>Klinik für Suchttherapie</b>			
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	5.17	5.01	3.69
Standardabweichung (+/-)	4.70	5.44	7.44

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2015	2016	2017
<b>Klinik für Suchttherapie</b>			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	18.51	14.63	21.75
Standardabweichung (+/-)	28.80	29.30	36.52

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/](http://www.anq.ch/de/)

[fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.](#)

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Die Daten vom Jahr 2017 basieren auf 170 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 2018 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)

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Infrastruktur

- **Projektart**

Internes Projekt

- **Projektziel**

Aufbau/ Einführung eines neuen Klinikinformations- und Verwaltungssystems (KIS und ERP)

- **Projektablauf/ Methodik**

gemäss internem Projektplan

- **Involvierte Berufsgruppen**

Sämtliche Mitarbeitende

- **Projektelevaluation/ Konsequenzen**

Das Klinikpersonal war nach den easyDOK Schulungen Ende 2017 gefordert, das neue KIS ab dem 01.01.2018 zu nutzen. Gleichzeitig wurde das KIS auch kontinuierlichen den Klinikforderungen angepasst. In mehreren Sitzungen wurde gemeinsam mit der Firma Domis Consulting AG die aktuellen Schwierigkeiten und die nötigen Anpassungen besprochen und umgesetzt. Einige Beispiele:

- Die Personalien der PatientInnen sind vollständig im easyDOK hinterlegt und es wird kein zusaätzliches Datenblatt mehr geführt. Ebenfalls wurden die Prozedere für im Notfall dort integriert.
- Die Erfassung der Ausgänge erfolgt detaillierter. Unter anderem werden die Belastungserprobungen (geplante Ausgänge über 24 Stunden) separat ausgewiesen.
- Die Dokumentation der Abstinenzkontrollen im easyDOK wurde vereinfacht und den Klinikbedürfnissen angepasst.
- Zur Dokumentation von Standortgesprächen wurde im easyDOK eine separate Maske erstellt.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Implementierung des neuen KIS auf einem guten Stand ist. Anpassungen und Verbesserungen werden weiterhin laufend umgesetzt bei Bedarf.

Auch die Inbetriebnahme des neuen ERP heimNET per 01.01.2018 war eine grosse Herausforderung. Ebenfalls in regelmässigen Sitzungen wurden Anpassungen und Verbesserungen am System vorgenommen. Dies wird auch während des kommenden Jahres weiter notwendig sein. Das Verwaltungssystem weist nach wie vor gewisse Mängel auf in den Bereichen der elektronischen Rechnungsstellung, der korrekten, fallbezogenen Leistungsauswertung etc.

### 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 2018 nachgekommen. Die verlangte Punktzahl wurde übertroffen.

### 18.1.3 Fortbildung der Mitarbeitenden

- **Projektart**

Internes Projekt

- **Projektziel**

Regelmässige Fortbildung für das Klinikpersonal, Vermittlung von Kompetenzen

- **Projektablauf/ Methodik**

gemäss internem Fortbildungsplan

- **Involvierte Berufsgruppen**

Sämtliche Mitarbeitenden

- **Projektevaluation/ Konsequenzen**

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

- Rückfallprophylaxe
- ADHS und Sucht
- Stabilitätsmessung in der Suchttherapie Niederlenz
- Sucht - Traum - Persönlichkeit
- Klinische Sozialarbeit
- Suizidprävention in der stationären Therapie

Die Weiterbildugnen fanden bei den Mitarbeitenden anklang und wurden besucht.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

### 18.2.1 Erweiterung des Raumangebotes

- **Projektart**

Internes Projekt

- **Projektziel**

Umzug des Betreuungs- und des Sekretariatsbüros am Therapiestandort Niederlenz, Optimierung der Arbeitsplätze, Professionalisierung des Medihandlings

- **Projektablauf/ Methodik**

Gemäss Jahresplanung

- **Involvierte Berufsgruppen**

Betriebsleitung, Arbeitstherapie, Sekretariatsmitarbeiterin

- **Projektevaluation/ Konsequenzen**

Das Sekretariatsbüro, welches sich direkt neben dem Hauseingang befand, wurde in den zweiten Stock gezügelt. Es befindet sich nun auf dem selben Stockwerk wie u.a. die Büros der betrieblichen und ärztlichen Leitung. Zudem wurde ein zusätzlicher kleiner Raum geschaffen für die Post und die Geldauszahlungen. Im alten Sekretariatsbüro konnte nun ein Arbeitsplatz für die Betreuung eingerichtet werden und zudem wurde ein neuer und professioneller Medikamentenschrank eingebaut. Diese Veränderung gab eine deutliche Verbesserung der Arbeitsverhältnisse für das Betreuungsteam. Das Team ist sehr zufrieden und der Standort direkt neben dem Ausgang ist sinnvoll.

### 18.2.2 Einführung Fachbereichsleitung Psychotherapie am Standort Egliswil

- **Projektart**

Internes Projekt

- **Projektziel**

Umstrukturierung der Führung des Psychotherapie Teams, Professionalisierung

- **Involvierte Berufsgruppen**

Chefarzt, Psychotherapie Team

- **Projektevaluation/ Konsequenzen**

Per 01.05.2018 wurde am Therapiestandort Egliswil die Stelle Fachbereichsleitung Psychotherapie geschaffen, welche durch einen langjährigen Mitarbeiter besetzt wurde. Diese Umstrukturierung war das Ergebnis eines länger andauernden Prozesses im Team. So erfolgt nun auch die Vertretung im Leitungsteam durch eine psychotherapeutische Fachkraft.

## 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

- **Projektablauf/ Methodik**

Gemäss dem internen Ablauf Projektmanagement

- **Involvierte Berufsgruppen**

Geschäftsführer, Leitung Rechnungswesen, IT-Verantwortliche Person der Klinik

- **Projektevaluation/ Konsequenzen**

Auch in diesem Berichtsjahr wurde daran gearbeitet, die Leistungserfassung und das Zuordnen von Leistungen zu PatientInnen zu verbessern. Dies benötigt jedoch noch weitere Anpassungen, an welchen kontinuierlich gearbeitet wird.

### 18.3.2 QuaTheDA- Rezertifizierung

- **Projektart**

Internes Projekt

- **Projektziel**

QuaTheDA-Aufrechterhaltungsaudit bestehen

- **Projektablauf/ Methodik**

Gemäss dem internen Ablauf Projektmanagement, Auditverfahren

- **Involvierte Berufsgruppen**

Qualitätsbeauftragter und QualitätsleiterInnen, Betriebsleitungen

- **Projektevaluation/ Konsequenzen**

Die Prozesse an den drei Klinikstandorten werden laufend verbessert und angepasst. Der Schwerpunkt im Berichtsjahr lag u.a. auf der Überprüfung der Dokumentation. Zur Überprüfung der aktuellen Prozesse fanden 15 interne und ein externes Audit (Aufrechterhaltungsaudit) statt. Es konnten keine Haupt- und Nebenabweichungen festgestellt werden.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die Zielsetzungen und die daraus abgeleiteten Massnahmen der Klinik sind in der Jahresplanung 2019 formuliert. Für das Jahr 2019 stehen folgende Schwerpunkte im Vordergrund:

- Erfolgreiche Führungsübergabe
- Umsetzung des Tarfsystems TARPSY 2.0
- Erfolgreiche Kodierrevision
- Tarifverhandlungen mit den Versicherungen für das Jahr 2020
- Kontinuierliche Weiterentwicklung des QMS
- Erhebung der Zuweiserzufriedenheit
- Systematische Nutzung des Fehlermeldesystems CIRS
- Vorbereitungsarbeiten zur Einführung des EPD
- Definitive Einführung der Kostenträgerrechnung

## 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](http://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 unserer 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/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/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/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform [www.spitalinfo.ch](http://www.spitalinfo.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).