

Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

Kurt Mächler, Direktor

Version



**Südhang, Kompetenzzentrum für
Mensch und Sucht**

<http://www.suedhang.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 2015.

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 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.

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 2015

Herr
Walter Steiner
Leiter QM, IT & Projekte
031 828 14 37
walter.steiner@suedhang.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitalertritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligten sich ebenfalls.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

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. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methode / 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 adjustiert werden. Weitere Informationen dazu finden Sie in den Unterkapiteln in diesem Bericht und auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	5
2 Organisation des Qualitätsmanagements	6
2.1 Organigramm	6
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von 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	15
4.5 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	17
Befragungen	18
5 Patientenzufriedenheit	18
5.1 Eigene Befragung	18
5.1.1 ZüPAZ (Zürcher Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit)	18
5.2 Beschwerdemanagement	19
6 Mitarbeiterzufriedenheit	20
6.1 Eigene Befragung	20
6.1.1 Im Berichtsjahr wurde keine Befragung zur Mitarbeiter/innenzufriedenheit durchgeführt	20
Behandlungsqualität	21
7 Psychische Symptombelastung	21
7.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	21
8 Weitere Qualitätsmessung	23
8.1 Weitere eigene Messung	23
8.1.1 Act-Info Ein- und Austritt	23
9 Projekte im Detail	24
9.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	24
9.1.1 Rezertifizierung QuaTheDA und ISO 9001:2015	24
9.1.2 Optimomic Version 2 entwickeln und einführen	25
9.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015	26
9.2.1 Zertifizierung Amulatorien Biel und Burgdorf	26
9.2.2 Zertifizierung Entzugs- und Ablärungsstation	26
9.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte	27
9.3.1 ISO 9001:2015	27
10 Schlusswort und Ausblick	28
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	29
Herausgeber	30

1 Einleitung

Kurzporträt der Institution

Das Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht verfügt über ein breites Angebot zur Behandlung von Suchterkrankungen. Betroffene und ihre Angehörigen werden aus der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit begleitet. Die langjährige Erfahrung in Therapie und Forschung zeigt, dass es verschiedene Wege zum erfolgreichen Ausstieg gibt. Das Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht führt deshalb in Kirchlindach eine Klinik mit folgenden Programmschwerpunkten:
Entzugs- und Abklärungsprogramm (2-6 Wochen)
Entwöhnungsprogramm (8-12 Wochen)

Standorte

Zudem führt das Kompetenzzentrum eine Tagesklinik und ein suchtmmedizinisches Ambulatorium mitten in der Stadt Bern sowie weitere Ambulatorien in Burgdorf und Biel. Durch eine möglichst frühe Diagnose und die entsprechende Therapie können folgenschwere Schäden der Sucht verhindert werden.

Einzugsgebiet

Rund die Hälfte der Patient/innen der Klinik stammt aus dem Kanton Bern. Nebst den beiden Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land, gehören die Kantone Solothurn und Aargau sowie neu auch Freiburg und Wallis zu den Zuweiserkantonen. Im ambulanten Bereich werden hauptsächlich Patient/innen aus dem Kanton Bern begleitet.

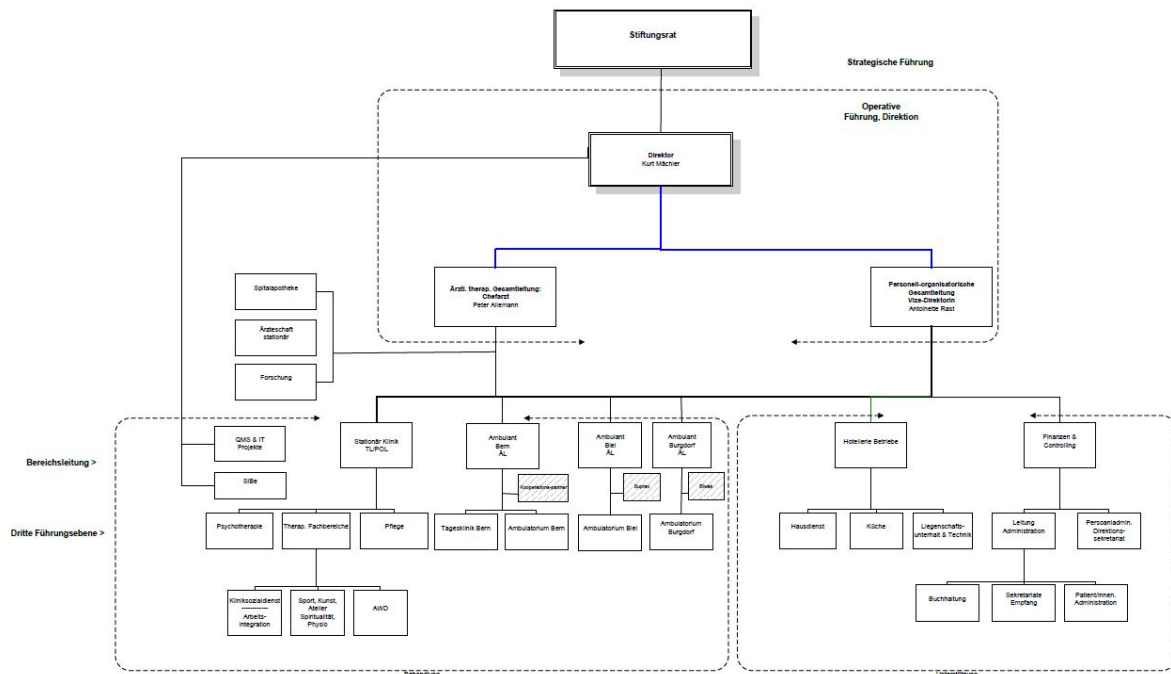
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm
08.04.2016

südhang



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **140** Stellenprozente zur Verfügung.

Bemerkungen

Das Qualitätsmanagementsystem steht in Übereinstimmung mit den Normforderungen von ISO 9001/2008 sowie mit den Forderungen und Standards von QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen und Alkohol des BAG).

Als Q-Beauftragter ist der Direktor verantwortlich für die Qualität im Kompetenzzentrum Südhang. Gemeinsam mit dem Q-Leiter werden die zyklischen Aufgaben und die Projekte für die Organisationsentwicklung besprochen, geplant und mit spezifisch zusammengesetzten Projektteams umgesetzt. Alle Bereichsleitenden tragen Verantwortung für Prozesse des Prozessmodells und partizipieren an der Entwicklung des Kompetenzzentrums.

Alle Mitarbeitenden beteiligen sich an der Einhaltung und Entwicklung der Qualitätsindikatoren in ihrem Bereich. Qualität kann nur umgesetzt werden, wenn alle Betroffenen das System mittragen. Die Rahmenbedingungen für die Qualität sind im elektronischen QM-Handbuch definiert und werden laufend überprüft und angepasst. Mitarbeitende können von unten nach oben laufend Änderungs- und Anpassungswünsche eingeben.

Der Südhang richtet sich nach dem Stand der Wissenschaft. Mit einer eigenen unabhängigen Forschungsabteilung betreibt das Kompetenzzentrum Südhang Grundlagenforschung zur weiteren Entwicklung der Suchtbehandlungen.

[Organigramm Kompetenzzentrum Südhang](#)

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Walter Steiner
Leiter QM
Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und
Sucht
031 828 14 37
walter.steiner@suedhang.ch

Herr Kurt Mächler
Direktor, Q-Beauftragter
Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und
Sucht
031 828 14 00
kurt.maechler@suedhang.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsstrategie

Die Normen und Standards von ISO und QuaTheDA werden eingehalten.

Der Südhang betreibt Qualität auf allen 3 relevanten Ebenen:

- Strukturqualität
- Prozessqualität (Prozessmodell)
- Ergebnisqualität (Messungen, Kennzahlen)

Qualitätshandbuch

Die Einrichtung stellt in der Verantwortung der Trägerschaft durch ein Qualitätshandbuch ein systemisches Qualitätsmanagement sicher. Im Südhang wird ein elektronisches Handbuch in Form einer Datenbank (Limsophy BPM, Business Prozess Management) gepflegt. Das Handbuch regelt:

- die qualitätsrelevanten Prozesse
- die Funktion des Qualitätsmanagement
- die Qualitätsmessungen
- die internen und externen Audits
- ein permanentes Verbesserungsmanagement
- ein Risikomanagement
- ein CIRS (Critical Incident Reporting System)
- des Management Review
- die Qualitätsplanung unter Berücksichtigung von Qualitätszielen

Systematische Planung

Die Qualität der Angebote und die Entwicklung der gesamten Institution werden zyklisch überprüft und nach Bedarf angepasst. Der Südhang ist die führende Institution im Bereich der Suchtbehandlung. Im Rahmen des Zielsetzungsprozesses werden Ziele festgelegt, umgesetzt und überprüft. Grössere Vorhaben werden als Projekte definiert, geplant und systematisch umgesetzt.

Kundenorientierung

Der Südhang betreibt eine konsequente Kundenorientierung. Diese richtet sich nach den Ansprüchen und Bedürfnissen der Patient/innen sowie der geld- und auftragsgebenden Institutionen und Behörden.

Verbesserungsmanagement

Patient/innen und Mitarbeitende können im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsmanagements Wünsche und Beschwerden einbringen. Der Südhang betreibt zudem ein systematisches Fehlermanagement CIRS (critical inzident reporting system).

Innovation

Der Südhang richtet sich nicht bloss nach dem Stand der Wissenschaft. Mit einer eigenen unabhängigen Forschungsabteilung betreibt der Südhang gemeinsam mit der Forel Klinik Grundlagenforschung zur weiteren Entwicklung der Suchtbehandlungen.

Kooperation

Der Südhang sucht zur besseren Positionierung des eigenen Angebotes sowie zum gegenseitigen Nutzen aktiv nach Kooperationspartnern im Umfeld der Psychiatrie, der Suchtbehandlungsangebote, der Langzeitbetreuung und der Spitalgrundversorgung

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015

Rezertifizierung QuaTheDA und ISO 9001:2008

Der Südhang wurde im April 2015 durch die SQS rezertifiziert. Das Zertifikat wurde ohne Auflagen erreicht.

Einbindung der Ambulatorien Biel und Burgdorf ins Zertifikat

Die Ambulatorien Biel und Burgdorf wurden auditiert und ins Zertifikat eingebunden.

Einbindung der Entzugs- und Abklärungsstation ins Zertifikat

Zugleich wurde die Entzugs- und Abklärungsstation auditiert und ins Zertifikat eingebunden. Damit sind alle Bereiche des Kompetenzzentrums Südhang zertifiziert.

Optinomic Einführung der Version 1

Das elektronische Tool zum Erfassen von Patient/innendaten wurde eingeführt.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

Datenschutz

Erfüllen der Auflagen des Datenschutzaufsichtsamtes. Selektive Zugriffe auf das KIS für Personal mit spezifischem Behandlungsauftrag. Zugriffsprotokolle beim Einlösen eines partiellen Behandlungsauftrages.

Ergebnisqualität

Implementierung und erste Erfahrungen mit dem elektronischen Tool Optinomic zum Erfassen von diversen Fragebögen. Anwendung für das Assessment, Forschungsprojekte und Ergebnisqualität.

www.optinomic.com

Sicherheit

Mit der Einführung eines Sicherheitsbeauftragten konnte die Sicherheit im Kompetenzzentrum deutlich verbessert werden. Katastrophen- und Krisenmanagement sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz konnten verbessert werden.

Fachspezifische Zugänge Prozessmodell

Mit dem Aufbau von fachspezifischen Zugängen wird die Orientierung der Berufsgruppen im Handbuch einfacher.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Ergebnisqualität

Das Hauptaugenmerk wird auf der Ergebnisqualität liegen. Gemeinsam mit der Forel Klinik stellt das Kompetenzzentrum Südhang sich der Herausforderung, die Suchtbehandlung und die spezifischen Ergebnisse gegen Aussen besser darstellen zu können. Die nationalen Qualitätsmessungen von ANQ bilden die Sucht nur ungenügend ab. Die bereits vorhandenen Ergebnisse zeigen ein ungünstiges Bild für die Entwicklung der Suchtpatient/innen im Rahmen von spezifischen Suchtbehandlungen. Dies obwohl der Südhang im Bereich der Datenqualität Spitzenwerte erreicht. Das Hauptproblem liegt in den Messinstrumenten (HoNOS und BSCL), welche kaum taugliche Fragen bezüglich Sucht stellen.

Sowohl QuaTheDA wie auch Suchtschweiz befassen sich mit dem entwickeln von Indikatoren zum Abbilden der Suchtbehandlung.

Etablieren des ambulanten Bereichs

Obwohl die kantonale Strategie sich klar zum ambulanten Bereich bekennt, kann der Bereich nicht selbsttragend geführt werden. Zum Erbringen eines diversifizierten und durchlässigen Behandlungsangebotes, müssen die ambulanten, teilstationären und stationären Angebote gleichwertig in einem integrativen Behandlungssetting etabliert werden.

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)

4.2 Durchführung von kantonally vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonale Vorgaben umgesetzt und folgende kantonally vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der CGI – Schweregrad der psychischen Erkrankung

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">▪ ZüPAZ (Zürcher Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit)
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Im Berichtsjahr wurde keine Befragung zur Mitarbeiter/innenzufriedenheit durchgeführt
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Act-Info Ein- und Austritt

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Aufbauen der Optimomic Version 2 (Implementierung per 2016)

Ziel	Weiterentwickeln der Ergebnisqualität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2014 bis 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
Begründung	Systematische Kennzahlen ermitteln / Assessment / Ergebnisqualität
Methodik	Elektronisches Tool zum Erfassen und Auswerten von patientenbezogenen Daten
Involvierte Berufsgruppen	Psychologie, Medizin, Sozialarbeit, Pflege
Weiterführende Unterlagen	www.optimomic.com

Weiterentwicklung des QMS mit den Standards von ISO 2009:2015

Ziel	Zertifizierung beim Rezertifizierungsaudit 2018
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	bis 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Weiterentwicklung des Systems und Zertifizierung.
Methodik	Ergänzen der Standards in den Prozessen und Hilfsmitteln (Risikomanagement in Prozessen abbilden, Balanced Scorecard im Zielmanagement, Optimieren des Projektmanagements)
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsbeauftragter, Q-Leiter, Prozessverantwortliche
Weiterführende Unterlagen	Praxisbuch ISO 9001:2015 die neuen Herausforderungen verstehen und umsetzen von Anni Koubek

Forschungsprozess aufbauen

Ziel	Die Forschung im Prozessmodell aufnehmen und beschreiben
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Forschung Südhang
Projekte: Laufzeit (von...bis)	bis Mitte 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Empfehlung des externen Auditors
Methodik	Aufbauen eines Forschungsprozesses als Fachbereich im QM-Handbuch
Involvierte Berufsgruppen	Forschungsleiterin und Q-Leiter
Evaluation Aktivität / Projekt	Prozess wird mit dem Auditor im nächsten Audit besprochen.

IT Prozess aufbauen

Ziel	IT als Bereich im Qualitätsmanagement aufnehmen und beschreiben.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	IT Südhang
Projekte: Laufzeit (von...bis)	bis Ende 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die Komplexität und Kosten der IT nehmen zu. Der Betrieb hängt von der IT ab. Das Wissen ist auf einzelne Personen konzentriert und muss diversifiziert werden.
Methodik	Definieren und Beschreiben aller Bereiche der IT. Überblick über alle Systeme und Verträge. Benchmark der Kosten mit vergleichbaren Einrichtungen. Externe Beratung.
Involvierte Berufsgruppen	Leiter QM / Verantwortlicher IT / Direktion
Evaluation Aktivität / Projekt	Wird 2018 ins Zertifikat eingebunden

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, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2011 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

Bemerkungen

CIRS Meldungen gehen im Südhang über den Q-Leiter direkt an den Chefarzt. Die Meldungen werden elektronisch erfasst und bis zum Abschluss dokumentiert. Das Verfahren ist schriftlich festgelegt. Aufgrund der betrieblichen Grösse und der internen Nachvollziehbarkeit verzichtet der Südhang auf die Anonymität der Meldenden.

Das CIRS wurde bedingt durch den Aufbau der Spitalapotheke im Bereich der Medikamente deutlich verfeinert und angepasst. Der Spitalapotheker ist die verantwortliche Person zum Bearbeiten von CIRS im Bereich der Medikamente. Fehlermeldungen und Massnahmen werden mit dem Spitalapotheker besprochen.

Das CIRS gehört zum QM des Südhang. Im Rahmen der jährlichen Audits wird z.Hd. des Auditors ein Report erstellt.

4.5 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2008	Ganze Organisation	2003	2015	
QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen und Alkohol) Suchtspezifische Norm	Ganze Organisation	2003	2015	

Bemerkungen

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

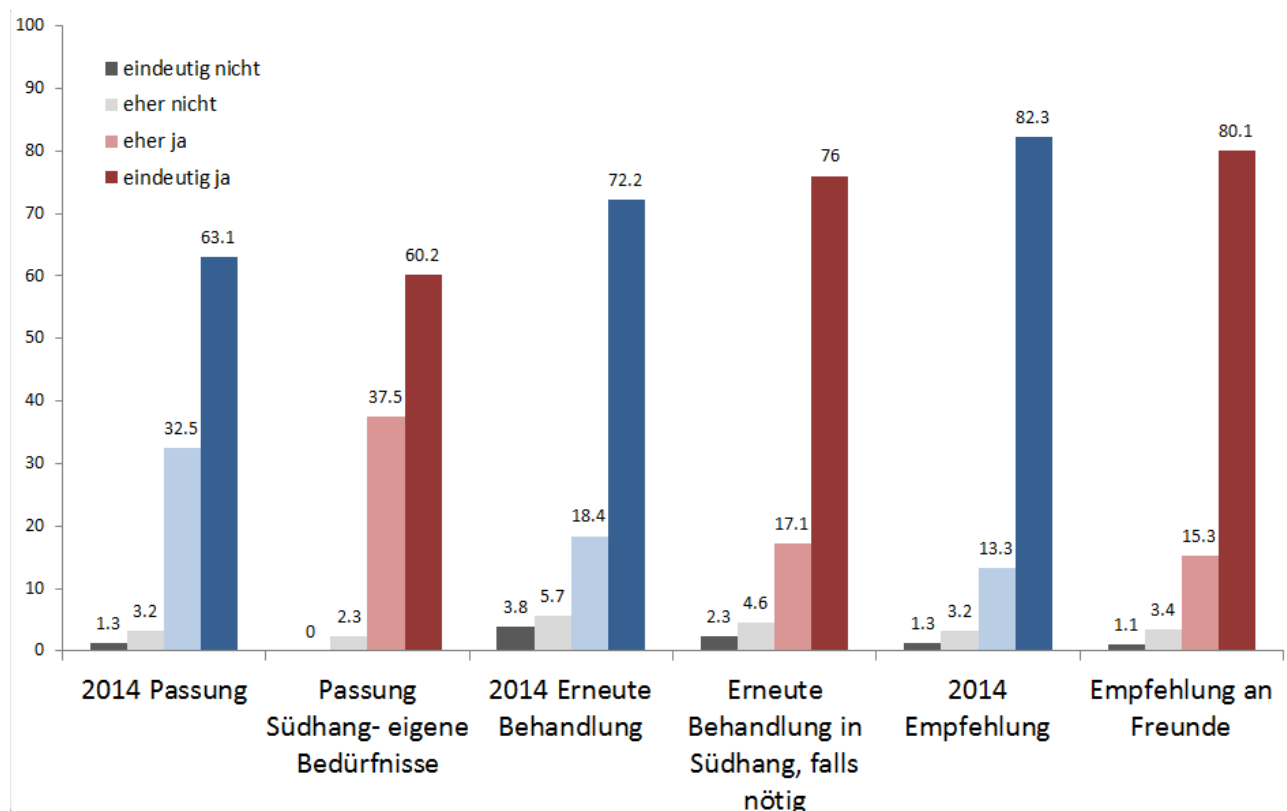
5.1 Eigene Befragung

5.1.1 ZüPAZ (Zürcher Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit)

Das Ziel der Messung ist die Erfassung der Patientenzufriedenheit aus der Patientenperspektive im stationären Rahmen. Es werden Fragen zur Professionalität und Fachkompetenz der verschiedenen Behandlergruppen (Administration, Ärzte, Pflege, Therapeuten), zu Rahmenbedingungen wie Unterbringung und Verpflegung sowie Fragen zur Patientenautonomie (Mitbestimmung bei den Behandlungszielen und der Therapie) und erlebtem Respekt im Umgang mit den Patienten und die Informationsabgabe bei Ein- und Austritt erfragt. Der Fragebogen weist eine hohe Trennschärfe der einzelnen Items auf, damit er zur Optimierung der Zufriedenheitsaspekte genutzt werden kann und aus den Ergebnissen konkrete Verbesserungen abgeleitet werden können.

Diese patientenbefragung haben wir im Jahr 2015 in den Abteilungen „Stationäre Entwöhnungsbehandlung EP“, „Entzug- und Abklärung EAS“ durchgeführt. Die Befragung wurde bei den aus der **stationären Entwöhnung** austretenden PatientInnen (N=255) durchgeführt. Teilgenommen haben letztlich 176 (68,4%). Die Teilname ist freiwillig. 21.6% der Entwöhnungs-Austritte sind Abbrüche (n=55), von diesen haben nur 14.6% (n=8) an der Befragung teilgenommen, also 3.1% der Gesamtstichprobe.

Allgemeine Zufriedenheit 14/15



Zusammenfassung der Befragung

Aufgrund der Platzbeschränkung werden an dieser Stelle nur die allgemeinen Zufriedenheitswerte dargestellt. Die Befragung zeigt hohe Zufriedenheitswerte der Patient/innen mit der Behandlung in der Klinik Südhang. Patient/innen schätzen die hohe Fachlichkeit und die respektvolle Behandlung durch das Personal. Therapieziele werden mit den Patient/innen erarbeitet, während der Einbezug in die Behandlungsplanung aufgrund der Vorgehensweise kritischer gesehen wird. Die Zufriedenheit mit den Lebensumständen, Zimmer, Lage und Essen erreicht herausragende Werte.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Kanton Zürich
Methode / Instrument	ZüPAZ

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht

Infodrog

Franziska Eckmann

Leiterin

Tel. 031 376 04 01

f.eckmann@infodrog.ch

Mo bis Freitag 08.00-17.00

6 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Im Berichtsjahr wurde keine Befragung zur Mitarbeiter/innenzufriedenheit durchgeführt

QuaTheDA fordert eine Befragung zur Mitarbeitendenzufriedenheit ca. alle 3 Jahre. Die letzte Befragung wurde gemeinsam mit dem ISGF (Insitut für Sucht- und Gesundheitsforschung in Zürich) durchgeführt. Geplant ist eine Zufriedenheitsbefragung per Ende 2017 nach der Einführung des neuen Direktors / der neuen Direktorin.

Diese mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2014 in allen Abteilungen durchgeführt. Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2017.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	QuaTheDA
Methode / Instrument	QueTheTeam

Behandlungsqualität

7 Psychische Symptombelastung

7.1 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 Tageskliniken und ambulante 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

Messergebnisse

HoNOS Adults	2012	2013	2014	2015
Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	5.05	4.83	5.42
Standardabweichung (+/-)	-	6.65	6.27	6.71

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2012	2013	2014	2015
Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	20.65	17.94	20.79
Standardabweichung (+/-)	-	28.35	29.04	24.46

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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Datenqualität für die Datenlieferung des Südhangs ist sehr vollständig und wird von ANQ als überdurchschnittlich bewertet. Leider bilden weder HoNOS noch BSCL die Entwicklung der Suchtpatient/innen ab. Den Suchtpatient/innen geht es bei Eintritt im Vergleich mit Patient/innen aus der Allgemeinpsychiatrie im Bereich der allgemeinen Symptombelastung (ohne Suchtkriterien) gut. Patient/innen treten nicht in akuten Krisen in den Südhang ein (keine Zwangseinweisungen). Patient/innen, welche den Entzug in einer anderen Klinik durchgeführt haben und direkt auf die Entwöhnungsabteilungen des Südhang eintreten, fühlen sich zum Zeitpunkt des Klinikwechsels und damit nach einer Entzugsbehandlung bereits sehr gut, was sich erneut durch sehr geringe Werte in der Symptombelastung (BSCL) abzeichnet. Dies, obwohl die Abhängigkeitserkrankung nach dem Entzug längst nicht überwunden ist.

Die allgemein niedrigen Belastungswerte erschweren eine Veränderung (Ausgangslagegesetz: Höhere Belastung lässt sich leichter reduzieren) in kurzer Behandlungszeit. Dies, sowie die mangelhafte Erfassung des Hauptbehandlungsanliegens durch die Messmittel (HoNOS, BSCL) führen zu einer unzureichenden Erfassung der Behandlungsqualität, was sich durch ein ungünstiges Bild der Suchtfachkliniken im ANQ Benchmark kumuliert.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
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

8 Weitere Qualitätsmessung

8.1 Weitere eigene Messung

8.1.1 Act-Info Ein- und Austritt

Gesamtprojekt act-info

Das Monitoring-Netzwerk act-info (The information network on addiction care and therapy in Switzerland) fasst die fünf im Bereich der Suchtberatung und -therapie geführten Statistiken in der Schweiz zusammen:

SAMBAD (Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich)

act-info-Residalc (Statistik der stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit in der Schweiz)

act-info-FOS (Forschungsverbund stationäre Suchttherapie)

HeGeBe (heroingestützte Behandlung)

Methadon (nationale Methadonstatistik)

act-info-Residalc

act-info-Residalc betrifft alle stationären soziotherapeutisch orientierten Institutionen (Fachkliniken und Rehabilitationszentren), die auf die Behandlung von Alkohol- und Medikamentenprobleme spezialisiert sind. Informationen zu den Klient/innen (Einweisung, Behandlungserfahrungen, soziodemographische Angaben, Konsumverhalten, suchtähnliche Verhaltensweisen, Umstände der Behandlungsbeendigung usw.) werden mittels eines Fragebogens erhoben, der in den ersten Wochen nach Eintritt ausgefüllt wird, ergänzt durch einen zweiten Fragebogen beim Verlassen der Institution. Die Eintritts- und Austrittsfragebogen bestehen aus den Kernfragen, die für die fünf Behandlungsbereiche einheitlich sind, und aus Modulfragen, die spezifisch für act-info-Residalc sind.

Berichte:

<http://www.suchtschweiz.ch/forschung/act-info-residalc/>

Diese messung haben wir im Jahr 2015 in der Abteilung „stationäre und teilstationäre Entwöhnungstherapie“ durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse dienen in erster Linie nationalen und internationalen Statistiken und können unter dem oben beigefügten Link eingesehen werden.

9 Projekte im Detail

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

9.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

9.1.1 Rezertifizierung QuaTheDA und ISO 9001:2015

Standardprojekt

Dient dem Erhalt des ISO Zertifikates per Rezertifizierungsaudit 2018 und löst verschiedene Entwicklungen aus.

Projektziel

Weiterentwicklung des QM Südhang in Richtung ISO 9001:2015

Projekttablauf

Kontinuierliche Entwicklung im Rahmen der definierten Standards.

Betrifft in erster Linie:

- Projektmanagement
- Risikomanagement (Risikoeinschätzungen mit Prozessen verknüpfen)
- Strategie und Zielsetzungsprozess (Akzentuierung)

Involvierte Personen

- Direktor
- Q-Leiter
- Prozessverantwortliche
- Sicherheitsbeauftragter

Projektelevaluation

Führt über die Wiederholaudits und die Rezertifizierung!

9.1.2 Optinomic Version 2 entwickeln und einführen

Projektart

Potentialprojekt

Was ist Optinomic

Optinomic ist ein integrierter Healthcare – Marktplatz für Gesundheitsdienstleister und ermöglicht eine optimale und effiziente Erfassung, Visualisierung und Analyse von Daten, die während laufender (Therapie-) Prozesse erhoben werden.

Projektziel

IT basierte Datenerhebungen und Messungen mit automatischen Auswertungsmöglichkeiten zum Nutzen für die Behandlungsplanung und Entwicklung des Behandlungsangebotes. Direkte Eingabe der Patient/innen mittels Notebooks oder Tablets. Die Auswertungen stehen unmittelbar nach der Eingabe zur Verfügung.

Projekttablauf / Methodik

Weiterentwicklung von [Optinomic](#) gemeinsam mit Herrn Ottiger und der Forel Klinik.

Optinomic wird für die stationären Behandlungen im Rahmen eines Assessments in der ersten Behandlungswoche eingesetzt. Am dritten Tag des Aufenthalts werden die Auswertungen im Rahmen einer Fallkonferenz besprochen und individuelle Behandlungsschwerpunkte festgelegt. **Aktuell basiert das Ein- und Austrittsassessament auf folgenden Testungen:**TMT, CASE, Neuro Anamnese, Abstinenz Motivation, BSCL, dem BDI-II, LQ, SCI, ISK, AASE.

Involvierte Berufsgruppen

Ärzt/innen, Psycholog/innen, IT, Administration, Qualitätssicherung (Ergebnisqualität)

Projektelevaluation

Die Einführung der Version 1 ist erfolgreich abgeschlossen. Optinomic wird im Juni durch das Datenschutzaufsichtsamt des Kantons Bern geprüft. Die Implementierung der Version 2 ist per Oktober 2016 geplant.

9.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

9.2.1 Zertifizierung Amulatorien Biel und Burgdorf

Projektart

Standardprojekt

Projektziel

Einbindung in das Zertifikat der SQS (Schweizerische Zertifizierungsstelle)

Projekttablauf / Methodik

Überprüfen der Vorgaben und Standards der relevanten Normen

Involvierte Berufsgruppen

Direktion, Chefarzt, Q-Leiter, Sicherheitsbeauftragter, lokales Personal

Evaluation

Die Zertifizierung wurde ohne Auflagen erreicht

9.2.2 Zertifizierung Entzugs- und Ablärungsstation

Projektart

Standardprojekt

Projektziel

Einbindung in das Zertifikat der SQS (Schweizerische Zertifizierungsstelle)

Projekttablauf / Methodik

Überprüfen der Vorgaben und Standards der relevanten Normen

Involvierte Berufsgruppen

Direktion, Chefarzt, Q-Leiter, Sicherheitsbeauftragter, lokales Personal Entzugs- und Abklärungsstation

Evaluation

Die Zertifizierung wurde ohne Auflagen erreicht

9.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

9.3.1 ISO 9001:2015

Das Projekt wurde Eingangs bereits beschrieben.

Ziel

Das Ziel ist der Erhalt des ISO Zertifikates.

Methodik / Ablauf

Im Rahmen der Wiederholaudits werden die Entwicklungsinhalte bis zur Zertifizierung 2018 gemeinsam mit dem externen Lead-Auditor der SQS (Hr. Fischer) festgelegt. Im Rahmen der Audits 15/16/17 werden die Inhalte weiterentwickelt.

- Schulungen durch die SQS (Q-Leiter)
- Spez. Programmteil Audits

Betroffene Bereiche

- Projektmanagement
- Risikomanagement
- Prozesse Handbuch

Involviert sind vor allem die Rollenträger im QM: Q. Beauftragter (Direktor), Q-Leiter (W. Steiner), Sicherheitsbeauftragter (P. Sturm) Prozessverantwortliche (im Handbuch definiert).

Weiterführende Unterlagen:

Praxisbuch

ISO 9001:2015

Die neuen Anforderungen verstehen und umsetzen

Carl Hanser Verlag München, 2015

10 Schlusswort und Ausblick

Die Qualitätssicherung hat sich im Kompetenzzentrum Südhang zu einem etablierten und unverzichtbaren Bereich entwickelt. Sie ist in der Strategie verankert und die notwendigen Funktionen im Betrieb sind mit qualifizierten und erfahrenen Fachkräften besetzt. Neue Entwicklungsimpulse fliessen ein und werden aufgenommen. Mit der ISO und QuaTheDA Norm erfüllt der Südhang alle geforderten Standards im Bereich einer qualifizierten Suchtarbeit.

Die Strukturqualität im Südhang wurde durch den Aufbau des QMS und mit dem Erfüllen der geforderten Standards auf ein hohes Niveau gehoben. Dokumente und Hilfsmittel werden zentral und elektronisch verwaltet. Handbuch und Prozessmodell werden laufend den betrieblichen Entwicklungen angepasst. Auf Ebene der Mitarbeitenden wird Qualitätssicherung nicht nur als aufgebürdete Last empfunden. Bei der Entwicklung wurde im Kompetenzzentrum darauf geachtet, dass Qualitätssicherung mit Augenmass betrieben wird und durch die Akteure mehrheitlich als Unterstützung für notwendige Arbeitsschritte verstanden wird. Viele Standards werden heute über die Dokumentation im KIS prozesshaft und überwiegend automatisch eingefordert.

Mit der Entwicklung eines spezifischen Prozessmodells konnte den verschiedenen Aufgaben und Angeboten (ambulant, teilstationär, stationär) Rechnung getragen werden. Die Prozessverantwortlichen können auf diesem Weg an der Entwicklung der eigenen Bereiche partizipieren und Abläufe laufend optimieren.

- Über H+ fliessen die Entwicklungen der Psychiatrie und Spitäler in die Institution ein.
- Durch REKOLE wurden national gültige Standards im Bereich der Leistungserfassung geschaffen. Der Südhang ist seit 2014 zertifiziert.
- Mit der Einführung der nationalen Qualitätsmessungen von ANQ fliessen Elemente der Ergebnisqualität aus dem Bereich der Psychiatrie in die Behandlungsprozesse ein.
- Das Projekt TARPSY schafft die Grundlage für eine datenbezogene Abgeltung der Leistungen ab 2018.

Auch die Kantone als auftragsgebende Instanz engagieren sich immer mehr und stellen weitere Forderungen im Bereich der Qualitätssicherung. Das Erfüllen der oben aufgezeigten Anforderungen fordert und überfordert Institutionen unserer Grössenordnung teilweise. Mit der Anforderung der Kassen und der Öffentlichkeit den Nutzen der Angebote nachzuweisen, kommt der Ergebnisqualität höchste Beachtung zu. Leider sind die aktuell installierten nationalen Messinstrumente für die Suchtfachkliniken nicht ideal, da die Ergebnisse unserer Arbeit nicht richtig abgebildet werden. Suchtfachkliniken müssen sich der Frage stellen, wie die Ergebnisse der Behandlungen besser gemessen und sichtbarer gemacht werden können. Entsprechende Bemühungen sind im Gange.

Sucht bleibt ein gesellschaftliches Phänomen, welches weiterhin nach adäquaten und wirkungsvollen Behandlungsmöglichkeiten fragt. Die Anbieter müssen sich deshalb auch mit der Frage nach der Effektivität und der Effizienz ihrer Angebote auseinandersetzen. Die spezialisierten Suchtfachkliniken bieten im Rahmen der Psychiatrie in Ergänzung zur Allgemeinpsychiatrie spezifische Angebote zur Behandlung von Suchterkrankungen. Die Angebote des qualifizierten Entzugs, der stationären und teilstationären Entwöhnungsbehandlungen im Zusammenspiel mit den ambulanten Angeboten, generieren einen wichtigen gesellschaftlichen Nutzen, auf den nicht verzichtet werden darf.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot. Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

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



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 Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

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.spitalinformation.ch nahe zu legen.



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**).



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



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