

# menschlich - fachlich - christlich



# Qualitätsbericht 2017

Version 8.0

nach der Vorlage von H+

# Klinik Sonnenhalde AG

# **Psychiatrie und Psychotherapie**

Gänshaldenweg 28, CH-4125 Riehen
Tel. +41 61 645 46 46
Fax +41 61 645 46 00
E-Mail info@sonnenhalde.ch
Web www.sonnenhalde.ch



# **Impressum**

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2017.

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.

# 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 2017

René Leuenberger Leiter Pflege und Qualität +41 61 645 46 05 rene.leuenberger@sonnenhalde.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. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm "Sichere Medikation an Schnittstellen" wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swissnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur "Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen" stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

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 <a href="https://www.ang.ch">www.ang.ch</a>.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller Direktor H+

Replet

# Inhaltsverzeichnis

Impressu	ım	2
Vorwort	von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1	Einleitung	6
2	Organisation des Qualitätsmanagements	8
2.1	Organigramm	
2.2	Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	
<b>3</b> 3.1	Qualitätsstrategie	
3.2	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	
3.3	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren1	
4	Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten1	1
4.1	Teilnahme an nationalen Messungen	
4.2 4.3	Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	
4.3	Qualitätsaktivitäten und -projekte	_
	Unsere Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Qualitätsaktivitäten und –projekte	
	durchgeführt.	
4.5	Registerübersicht	
4.6	Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.  Zertifizierungsübersicht	
-	ATSMESSUNGEN1	
	ngen	
5	Patientenzufriedenheit	
5.1	Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie1	
5.2	Eigene Befragung1	5
5.2.1	Patientenzufriedenheitsbefragung	
5.3	Beschwerdemanagement	6
6	Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7	Mitarbeiterzufriedenheit	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8	Zuweiserzufriedenheit	
	Es wurde keine klassische Befragung durchgeführt, sondern spezielle Events für die Zuweisenden angeboten. Somit erhielten wir einige wertvolle Rückmeldungen.	
Behandlı	Ingsqualität1	7
9	Wiedereintritte	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
10	Operationen	
11	Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.  Infektionen	<b>9</b> 9 0 0 <b>1</b> 1 1 1 2 2 <b>3 4 4</b> 4 5 5 6 <b>7</b> 7 <b>8</b>
11	Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
12	Stürze	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
13	Wundliegen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	7
14.1	Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der	
4=	Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	
<b>15</b> 15.1	Psychische Symptombelastung	
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	J
10	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17		

Herause	geber	26
Anhang	2	
_	trietrie	
Anhana	1: Überblick über das betriebliche Angebot	25
19	Schlusswort und Ausblick	24
18.3.1	ISO 9001:2015	
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	
18.2.2	Einführung eines optimierten Medikamenten-Verordnungsmoduls im MedKIS ines	23
18.2.1	TASTA (Tagesstationäres Angebot)	22
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	22
18.1.1	Tagesklinik und Ambulatorium Reinach	20
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	20
18	Projekte im Detail	20
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgefuhrt.	

# 1 Einleitung

# menschlich fachlich christlich

Die Sonnenhalde ist eine profilierte Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem umfassenden Therapieangebot. Unser Ziel ist eine menschenzentrierte Psychiatrie, die Fachwissen und christliche Grundhaltung verbindet.

# **Psychiatrie in christlicher Grundhaltung**

In der Klinik Sonnenhalde werden Menschen in ihrer Ganzheit wahrgenommen und behandelt. Dazu gehören neben vielen anderen Faktoren auch das Bedürfnis nach Sinnsuche und der oft sehr persönlich gefärbte Glaube eines Menschen. Dabei sind wir uns bewusst, dass es beide Anteile gibt: Diejenigen Aspekte des Glaubens, die einen Menschen stützen und stärken, aber auch diejenigen, wo der Glaube zur Belastung wird. Wichtig ist es, dem Menschen Hilfe zum Verstehen seiner psychischen Krise zu geben.

# Das allgemeine Therapiekonzept umfasst drei Schwerpunkte:

# **Therapeutisches Milieu**

Ein beziehungsförderndes Klima in überschaubaren Abteilungen vermittelt Sicherheit und Halt. Eine angepasste Tagesstruktur und vielfältige Therapieangebote fördern die Genesung und geben den Patientinnen und Patienten Mut zu neuen Schritten. Das Ziel ist eine einfühlsame und praktische Hilfe zur Rückkehr in den Alltag.

# Fachliche Qualität

Problemerfassung und Diagnose, Behandlung und Pflege erfolgen nach zeitgemässen Erkenntnissen der Psychiatrie und bewährten Formen psychotherapeutischer Hilfen. Die hohe fachliche Qualität wird durch ein breit gefächertes Fort- und Weiterbildungsangebot für die Mitarbeitenden aller Berufsgruppen, die am Behandlungsprozess beteiligt sind, gefördert und gesichert.

## Gelebter Glaube

Die christlichen Grundwerte bilden die Basis für das menschliche Miteinander und für das Verständnis des Lebens. Sie sollen auch die tägliche Arbeit in der Klinik Sonnenhalde prägen und damit eine menschliche und umfassende Psychiatrie fördern. Dabei sind wir offen für Menschen aus allen Weltanschauungen und Religionen.

# Die drei Behandlungssettings:

# Stationäre Behandlung

Den Patientinnen und Patienten steht ein vielseitiges Angebot aus bewährten Therapieformen und - methoden zur Verfügung: Ärztlich- psychotherapeutische Gespräche, medikamentöse Therapie, Gestaltende Therapien (Ergotherapie, Kunst- und Maltherapie), Körpertherapien (Physiotherapie, verschiedene Gruppen, Entspannungsmethoden), Psychosoziale Beratung und seelsorgliche Gespräche.

### **Tagesklinik**

Die Tagesklinik eignet sich für Patientinnen und Patienten im Übergang vom stationären zum ambulanten Setting sowie für solche, die zwar keine stationäre Behandlung, aber doch eine intensivere Therapie als ein wöchentliches ambulantes Gespräch benötigen.

# **Ambulatorium**

Psychische Erkrankungen und Krisen können oft ambulant behandelt werden. Unser kompetentes Team von erfahrenen Ärzten und Psychologinnen macht Ihnen gerne ein Angebot.

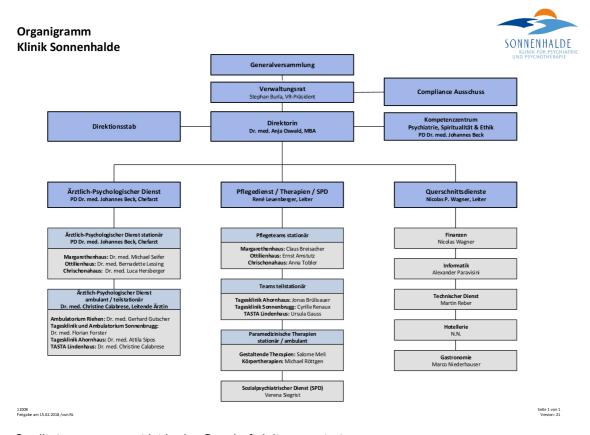
# Kompetenzzentrum Psychiatrie, Spiritualität und Ethik (PSE)

Das Kompetenzzentrum wurde 2013 gegründet mit der Zielsetzung, spirituelle und ethische Themen in der Psychiatrie zu fördern und die Integration von Psychiatrie und Seelsorge zu vertiefen. Eine Fachgruppe steuert, organisiert, pflegt und entwickelt Angebote zum Thema Spiritualität und Ethik in der Psychiatrie aus christlicher Perspektive. Sie organisiert und dokumentiert die vielfältigen Aktivitäten in und ausserhalb der Klinik zur spezifischen Thematik. Angebote für Patientinnen und Patienten sind u.a. das Forum für Lebens- und Glaubensfragen, seelsorgerliche Gespräche auf individuellen Wunsch, tägliche Morgenbesinnungen auf der Abteilung, Gottesdienste (kath./ref.) und ein Offenes Singen.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

# 2 Organisation des Qualitätsmanagements

# 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt 40 Stellenprozente zur Verfügung.

# 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Dr. med. Anja Oswald Direktorin Klinik Sonnenhalde AG, Psychiatrie und Psychotherapie 061 645 46 46 anja.oswald@sonnenhalde.ch

Frau Reinhild Lorentzen
Assistentin Qualitätsmanagement
Klinik Sonnenhalde AG, Psychiatrie und
Psychotherapie
061 645 45 09
reinhild.lorentzen@sonnenhalde.ch

Herr René Leuenberger Leiter Pflege und Qualität Klinik Sonnenhalde AG, Psychiatrie und Psychotherapie 061 645 46 05 rene.leuenberger@sonnenhalde.ch

Frau Dr. psych. Anja Rogausch Leiterin Medizinische Forschungs- und Qualitätsprojekte Klinik Sonnenhalde AG, Psychiatrie und Psychotherapie 061 645 48 45 anja.rogausch@sonnenhalde.ch

# 3 Qualitätsstrategie

Die Klinik Sonnenhalde AG verfolgt mit ihren Qualitätszielen und -aktivitäten eine hochstehende Behandlungsqualität in allen Behandlungssettings. Unsere Therapeutischen Angebote unterliegen einer permanenten Qualitätssicherung. Die Massnahmen des Qualitätsmanagements betreffen sowohl die Strukturen als auch die Prozesse und Ergebnisse (Auszug aus dem Leitbild der Klinik Sonnenhalde AG). Als Klinik sind wir nach der Norm ISO 9001:2015 zertifiziert.

Das Qualitätsmanagement ist prozessorientiert und fester Bestandteil der Unternehmensführung mit den Zielen:

- permanente Optimierung der innerbetrieblichen Abläufe
- gezielte Verbesserung der Dienstleistungen und Angebote
- höchst mögliche Minimierung von Fehlern und Risiken
- Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit

# 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

# Neue Tagesklinik mit Ambulatorium

Im Berichtsjahr werden die Vorbereitungen für das Projekt einer neuen Tagesklinik mit intgriertem Ambulatorium im Kanton Basel-Landschaft getroffen. Gemäss unserer strategischen Zielsetzung wollen wir verstärkt im teilstationären und ambulanten Bereich Behandlungsangebote für Patientinnen und Patienten anbieten. Somit schaffen wir die Voraussetzungen, dass die Durchlässigkeit der Settings verbessert und eine ganzheitliche Behandlung umgesetzt werden kann. Im Oktober 2017 konnten wir den neuen Standorts feierlich eröffnen.

# Umbau und Renovierung des Verwaltungsgebäudes

Das Verwaltungsgebäude ist eines der letzten Gebäude der über 115 jährigen Bausubstanz, welches noch keine umfassende Renovation erhalten hat. Das umgebaute Gebäude soll neu einen grosszügigeren Empfangsbereich erhalten und vollständig rollstuhlgängig sein. Dafür wird ein Lift eingebaut, der den Zugang zum Ambulatorium in den oberen Stockwerken ermöglicht. Weiter können aufgrund der neuen Raumressourcen die Bereiche Patientenaufnahme und Patientenadministration zusammengelegt werden, was die Arbeitsabläufe vereinfacht.

Weiterentwicklung des Konzepts TASTA (Tagesstationäres Angebot) und laufende Evaluation Das im Vorjahr eingeführte Tagesstationäre Angebot wird laufend evaluiert, das Konzept verfeinert und dem aktuellen Bedarf angepasst.

# Weiterentwicklung der Therapeutischen Angebote

Neue Angebote wie das Therapeutische Bogenschiessen, Spiel und Sport, Klettern werden weiterentwickelt und Mitarbeitende in strukturierte, fachspezifische Weiterbildungen geschickt.

# 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

# Allgemein erreichte Qualitätsziele

- Rekole Zertifizierung
- Infrastruktur: Beide Ambulatorien sind vollständig rollstuhlgängig ausgebaut
- Bestandenes Aufrechterhaltungsaudit ISO-Norm 9001:2015 ohne Haupt- und Nebenabweichungen
- Weitere Verbesserungen in der Implementierung der neuen IT-Infrastruktur (Datensicherheit, Redundanz der Server-Betriebssicherheit, externe IT-Audits

# Versorgungsqualität

- Fertigstellung des Konzepts für das TASTA (Tagesstationäres Angebot), volle Inbetriebnahme
- Einbindung der Zuweisenden mittels Schreiben bei Eintritt der Patientinnen und Patienten (Information über Eintrittdatum und zuständige/r Oberarzt/ärztin)
- Im Patientenmanagement werden bei Eintritt die Lebensmittelunverträglichkeiten und Allergien in die Stammdaten aufgenommen (Verbesserung der Prozesse Gastronomie, Bestellung Mahlzeiten, Verfügbarkeit der Daten)
- E-Health: Beitritt Trägerverein NWCH

# Führungsqualität

- Definieren, Verabschieden und Einbinden gemeinsamer Führungsgrundsätze der Klinik Sonnenhalde
- Schulung aller Mitarbeitenden mit Führungsverantwortung
- regelmässige strukturierte Weiterbildung für Mitarbeitende mit Führungsaufgaben

# 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Weiterführung des IT-Redesign, User-Citrix Umgebung, IT-Grundschutz, regelmässige externe Audits (2018-2019)
- Teilprojekte MedKIS ines Terminplanung, Ärzte-Cockpit für Schnellzugriff, Behandlungsplanung (2018-2019)
- Überprüfung und Weiterentwicklung der Behandlungskonzepte im teilstationären Bereich (2018)
- Evaluation des Therapeutischen Angebots in der Tagesklinik und Ambulatorium Sonnenbrugg, Reinach BL (2018)
- Webbasiertes QM-Handbuch (2018)
- Mitarbeiterbefragung (2019)
- Rezertifizierung ISO 9001:2015 (2019)

# 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.ang.ch.

# Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:

### **Psychiatrie**

- Erwachsenenpsychiatrie
  - Symptombelastung (Fremdbewertung)
  - Symptombelastung (Selbstbewertung)
  - Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen
  - Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

# 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

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

- Aktionstag Händehygiene
- Medikamentensicherheit Umsetzung der kantonalen Vorgaben und die Überarbeitung/Verfeinerung des bestehenden CI-Messsystems

# Bemerkungen

# 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

# Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:

Patientenzufriedenheit

Patientenzufriedenheitsbefragung

# 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2015	Gesamte Klinik (stationärer Bereich, Ambulatorium und Tagesklinik)	2004	2016	Aufrechterhaltungsaudit im 2018
H+ Branchenlösung Sicherheit	Gesamte Klinik	2007	2012	Bewertung: sehr gut Nächste Bewertung im 2018
Q-Label der Stiftung Natur & Wirtschaft	Klinikpark	2002	2013	
Rekole	Gesamte Klinik	2017	2017	Erfolgreiche Zertifizierung im 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 aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt. 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 2017 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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 (≥ 18 Jahre) versendet, die von September bis November 2017 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul> <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 Patientenzufriedenheitsbefragung

Seit dem 1. August 2004 wird in der Klinik SONNENHALDE der Indikator Patientenzufriedenheit gemäss Rahmenvertrag H+/santésuisse erhoben. Als wichtigste Nutzer der Klinik SONNENHALDE werden seither die Patientinnen und Patienten mit Hilfe einer kontinuierlichen Zufriedenheitsmessung im stationären Bereich befragt. Es wird dabei eine Totalerhebung aller austretenden Patientinnen und Patienten über die gesamte Dauer des Beobachtungszeitraums angestrebt. Für den tagesklinischen und ambulanten Bereich wird die Befragung in einem Rhythmus von 4 Jahren durchgeführt.

# Gemessen wird anhand von 19 Items

Dazu gehören:

- Info über Abläufe und Regeln
- Info über Patientenrechte
- Nutzen und Risiken der Medikamente
- Personal erklärte alles verständlich
- Beteiligung an Behandlungsentscheiden
- Personal hat Familie gut miteinbezogen
- · Personal hört gut zu
- · Personal arbeitet als Team
- Personal verbringt genug Zeit
- Personal behandelte Sie mit Respekt und Würde
- Personal unterstützt und bestärkt
- Nachsorgeplan erarbeitet
- Info über Notfall-Procedere nach Austritt
- Info über Selbsthilfegruppen etc.
- Info über Rückfallverhütung
- Hilfe durch den Aufenthalt
- Gesamturteil über den Klinikaufenthalt
- Empfehlung dieser Einrichtung/Klinik
- Freitext Patientin/Patient kann persönliches Anliegen, Lob, Kritik beschreiben

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt. Auf allen Abteilungen im stationären Bereich.

### Stationärer Bereich

Im Jahr 2016 wurden auf den 3 stationären Abteilungen der Klinik SONNENHALDE insgesamt 354 Patientinnen und Patienten befragt, die in 324 gültigen Bögen Auskunft über ihre Zufriedenheit gaben.

Über den gesamten Beobachtungszeitraum waren von den befragten Patientinnen und Patienten 84.3% zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer Behandlung und Betreuung in der Klinik SONNENHALDE.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	CareMetrics Consulting GmbH
Methode / Instrument	POC(-18)

# 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Sonnenhalde AG, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. Anja Oswald

Direktorin
061 645 46 46
anja.oswald@sonnenhalde.ch

# Behandlungsqualität

# 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

# 14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

# Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website <a href="https://www.anq.ch">www.anq.ch</a>.

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

# Begründung

In unserer Klinik wurden im Berichtsjahr keine freiheitseinschränkenden Massnahmen umgesetzt.

Unser Betrieb hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 w hoch 2, Bern	
Methode / Instrument	EFM	

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).	
Patienten	Ausschlusskriterien Erwachsene	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.	
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung).	
	Ausschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie.	

# 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.ang.ch/psychiatrie

# Messergebnisse

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

HoNOS Adults	
Klinik Sonnenhalde AG, Psychiatrie und Psychotherapie	
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	8.33
Standardabweichung (+/-)	
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	

# Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2016
Klinik Sonnenhalde AG, Psychiatrie und Psychotherapie	
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	26.77
Standardabweichung (+/-)	
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	

# Wertung der Ergebnisse:

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

<sup>\*</sup> Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken.

Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

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 <a href="https://www.anq.ch">www.anq.ch</a>.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

# Datenqualität:

Von den in der Klinik Sonnenhalde im Erhebungszeitraum 2016 abgeschlossenen Fällen waren für HONOS 95.8% auswertbar (davon 94.3% komplett) sowie für BSCL 71.4% auswertbar (davon 70.4% komplett). Damit erreichte die Klinik Sonnenhalde eine hervorragende Datenqualität (alle Kliniken zum Vergleich: für HONOS 68.3% auswertbar (davon 44.0% komplett); für BSCL 29.4% auswertbar (davon 20.9% komplett)).

# Messergebnis:

Das Messergebnis der Klinik Sonnenhalde für HONOS ist überdurchschnittlich (das komplette Konfidenzintervall der Klinik liegt oberhalb der Referenzlinie) bzw. liegt für BSCL im durchschnittlichen Bereich (das Konfidenzintervall der Klinik schneidet die Referenzlinie).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 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	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).	
Patienten	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.	

# 18 Projekte im Detail

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

# 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

# 18.1.1 Tagesklinik und Ambulatorium Reinach

# **Projektart**

Das strategische Ziel der Klinik Sonnenhalde, eine "Integrative ganzheitlich orientierte Behandlung der Patientinnen und Patienten" umzusetzen, bildet die Basis eines kontinuierlichen Ausbaus der ambulanten und teilstationären Angebote. Die Klinikleitung erhielt im August 2016 vom Verwaltungsrat den Auftrag, den Aufbau eines dritten tagesklinischen Angebotes zu prüfen. In Abstimmung mit den Unternehmenszielen soll vor allem die Durchlässigkeit zwischen den ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten erhöht werden.

Über die letzten Jahre lag der Anteil der stationär behandelten Patientinnen und Patienten in der Sonnenhalde bei rund 30%. Mit dem Standort Reinach BL können nun auch die Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft wohnortnah im teilstationären und ambulanten Setting behandelt werden. Ein Vorteil dieses Standorts liegt in der Kombination von Tagesklinik und Ambulatorium. Dies ermöglicht, die Patientinnen und Patienten so rasch wie möglich aus dem stationären Rahmen wieder in ihr persönliches Umfeld zu integrieren und damit die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft zu erhöhen.

Die therapeutische Stossrichtung in der Psychiatrie, die Zielsetzung der Politik sowie die durchgeführte Marktanalyse lassen darauf schliessen, dass rund 30% der psychisch leidenden Patientinnen und Patienten von einem Tagesklinischen Aufenthalt profitieren würden (ambulant vor stationär). Aufgrund der fehlenden Finanzierung besteht eine grosse Unterversorgung infolge fehlender Tagesklinikplätze.

# **Projektziel**

Erstellung eines Betriebskonzeptes für den Standort Reinach (Raumkonzept, inkl. Raumplanung, medizinisch-therapeutisches Konzept, Betriebsablaufkonzept, inkl. Personalplanung, Sicherheitskonzept, Qualitätskonzept) in Abstimmung mit den übergeordneten Unternehmensvorgaben und des QMS.

Das Raumkonzept ist für 20 Plätze konzipiert und die Kapazitätserweiterung in zwei Phasen geplant:

- 1. Phase: Beginn mit einer Teilauslastung der Raumnutzung mit 10-12 Plätzen
- 2. Phase: Vollauslastung der Raumnutzung mit 20 Plätzen

Die Erhöhung der Kapazität für die 2. Phase soll kontinuierlich erfolgen. Eine Vollauslastung ist nach 6 Monaten anzustreben.

# Projektablauf / Methodik

Q4 2016: - Standortevaluation

- Kostenberechnungen

Q1 2017: - Kickoff Sitzung mit der PG und weitere Sitzungen

- Projektvorstellung in der erweiterten Klinikleitung

Q2 2017: - Konzeptentwicklung

- Raumkonzept erstellen und mit Ausbau beginnen

- Medienmitteilung

- Stellenausschreibung

Q3 2017: - Konzeptverfeinerung

- Rekrutierung und Anstellung eines neuen Teams
- Prozesse definieren und ins bestehende QMS einfügen
- Konzeptabschluss und Freigabe durch Klinikleitung

Q4 2017: - Start mit neuem Team (Tagesklinik und Ambulatorium)

- Bezug und Einrichten der Räumlichkeiten
- Organisation der Arbeitsabläufe klären und Prozesse verfeinern
- Therapeutisches Angebot weiter ausgestalten
- Aufnahme der ersten Patientinnen und Patienten

Die Evaluation erfolgt im 2018.

# **Involvierte Personen**

Steuerungsausschuss: Klinikleitung

Projektleitung: Leiter Pflege und Qualität, Stv. Chefärztin Projektteam: Oberarzt Ambulatorium, Kunsttherapeutin

Weitere Personen: je nach Thematik wurden weitere Fachpersonen eingeladen

# Weiterführende Informationen

Detaillierte Informationen zum Angebot der Tagesklinik und Ambulatorium sind auf unserer Homepage beschrieben.

www.sonnenhalde.ch

# 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

# 18.2.1 TASTA (Tagesstationäres Angebot)

# **Projektart**

Das Projekt TASTA ist eine Weiterentwicklung aus dem Projekt TAA 2016, welches im August 2015 dem VR vorgestellt und im September 2015 abgeschlossen wurde. Als Elemente aus diesem Konzept wurde die "Übergangsbegleitung" konzeptionell weiterentwickelt und der Bedarf eines "Intensiv-Ambulanten Angebots" geprüft.

In der strategischen Zielvorgabe SoHa 2013-2016 ist eine Erweiterung der Angebote im teilstationären Bereich definiert. So soll im tagesstationären oder tagesklinischen Setting ein flexibleres, auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtetes Angebot geschaffen werden. Die Kapazität wurde einst auf zusätzlich 20 Plätze festgelgt. Diese sollen als wirksames und zweckmässiges "Brückenangebot" entwickelt werden.

# **Projektziele**

- Erstellen eines Grobkonzepts für Angebote in einer zweiten Tagesklinik
- Inhaltliche Aussagen zu Angebote, personelle Ressourcen, Wirtschaftlichkeit, Infrastruktur, Örtlichkeit
- Zeitplan zur Realisierung aufzeigen
- Art der Information an die Mitarbeitenden klären

# Projektablauf/Methodik

Wo 24 Juni 2016: Kickoff-Sitzung PG

Wo 25/26 Juni 2016: Grobkonzept erarbeiten

Wo 26 Juni 2016: Klinikleitungsentscheid der Durchführung/Realisation Wo 28 Juli 2016: Information an betroffene Mitarbeitende und VR

Wo 28 Juli 2016: Beginn Verfeinerung des Konzepts

Wo 28 Juli 2016: Personalgewinnung/-rekrutierung/-selektionierung

Wo 31 August 2016: Abschluss Konzeptarbeit und Freigabe durch die Klinikleitung

Wo 32 August 2016: Beginn und Aufbau der neuen Angebote

# Involvierte Personen und Firmen

Die folgenden Personen waren beim Projekt involviert:

Steuerungsausschuss: Klinikleitung Projektleitung: Leiter Pflege und Qualität

Projektteam: Chefarzt, Ergotherapeutin, Pflegefachfrau

# 18.2.2 Einführung eines optimierten Medikamenten-Verordnungsmoduls im MedKIS ines

# **Projektart**

Das Projekt diente der Einführung eines optimierten Medikamentenverordnungsmoduls im medizinischen Krankenhausinformationssystem (MedKIS ines).

# **Projektziele**

- Anpassung des Medikamentenverordnungsmoduls an Bedürfnisse der Klinik
- Technische Implementation eines neues Medikamentenverordnungsmoduls
- Schulung der Mitarbeitenden (Ärzte/innen und Psychologen/innen)

# Projektablauf/Methodik

Das Projekt wurde in folgenden Teilprojekten umgesetzt:

- Anpassung des Medikamentenverordnungsmoduls an Bedürfnisse der Klinik in Absprache zwischen klinikinternen Applikationsverantwortlichen sowie Mitarbeitenden der Firma ines
- Technische Implementation im MedKIS ines, zunächst im Test-, später im Produktivsystem
- Schulung aller Ärzte/innen und Psychologen/innen bzgl. der Handhabung des neuen Medikamentenverordnungsmoduls
- Evaluation des neuen Moduls, Bündelung von Feedback und Weitergabe der Rückmeldungen an die Firma ines
- Umsetzung von Vorschlägen zur Feinanpassung des Moduls
- Übernahme des neuen Moduls in den Routinebetrieb

# **Involvierte Personen und Firmen**

Die folgenden Personen und Firmen waren beim Projekt involviert:

- Klinikinterne Applikationsverantwortliche des MedKIS ines
- Firma ines (https://ines.ch/)
- Diverse Mitarbeitende der Klinik Sonnenhalde

# 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

# 18.3.1 ISO 9001:2015

# Aufrechterhaltungs-Audit 2017

Die Aufrechterhaltung der Norm ISO 9001:2015 konnte mit Erfolg und ohne Haupt- und Nebenabweichungen abgeschlossen werden

# Aufrechterhaltungs-Audit 2018

Erneute erfolgreiche Aufrechterhaltung der Norm ISO 9001:2015

# Rezertifizierungs-Audit 2019

Erhalt des Zertifikats der Norm ISO 9001:2015

# 19 Schlusswort und Ausblick

# **Auskunft**

Weitere Auskünfte erteilen Ihnen gerne unsere Mitarbeitenden oder sind im Internet abrufbar: <a href="https://www.sonnenhalde.ch">www.sonnenhalde.ch</a>

# Für Fragen zum stationären Aufenthalt:

Tel +41 61 645 46 15 klinik@sonnenhalde.ch

# Für Fragen zur Tagesklinik:

Tel +41 61 645 48 60 tagesklinik@sonnenhalde.ch

# Für Fragen zum Ambulatorium:

Tel +41 61 645 46 40 ambulant@sonnenhalde.ch

# 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 spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: Jahresbericht

# **Psychiatrie**

# Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

# Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben: 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 <a href="www.spitalinformation.ch">www.spitalinformation.ch</a> nahe zu legen.

# **Weitere Gremien**



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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