

Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+



Psychiatrie

Clenia Littenheid AG
Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
9573 Littenheid
www.clenia.ch

Freigabe am: 31.05.2014
durch: Wild Daniel, Klinikdirektor

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, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

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 zu Angebot und Kennzahlen 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 Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Bezeichnungen

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichts zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013	2
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	2
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	2
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	2
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	3
C1	Angebotsübersicht	3
C2	Kennzahlen 2013	3
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2013	4
D	Zufriedenheitsmessungen	5
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	5
D2	Angehörigenzufriedenheit	7
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	7
D4	Zuweiserzufriedenheit	8
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	9
E2	Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie	10
E2-1	Erwachsenenpsychiatrie.....	11
E2-2	Kinder- und Jugendpsychiatrie	13
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	15
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	15
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	16
I	Schlusswort und Ausblick	17
	Herausgeber	18

A

Einleitung

Vorwort 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 Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 der Clenia Littenheid AG wertvolle Informationen liefern zu können.

Die Clenia Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Littenheid, eingebettet in eine wunderschöne Landschaft in nächster Nähe von Wil SG und guten Verkehrsverbindungen in die Städte Zürich, Winterthur und St. Gallen steht Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bei, die zeitweilig auf professionelle Hilfe, ausserhalb Ihres üblichen Umfeldes / ihrer gewohnten Lebensräume angewiesen sind.

Die Clenia Privatklinik Littenheid hat Leistungsverträge mit den Kantonen Thurgau, Schwyz, Zug, Uri, und Appenzell AR (für alle Angebote), Luzern (für stationäre Psychotherapie), Zürich, Glarus, St. Gallen, Schaffhausen sowie dem Fürstentum Liechtenstein (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).

Auf 10 Stationen für Erwachsene und 5 Kleingruppen für Kinder und Jugendliche bieten wir rund 200 Patientinnen und Patienten für stationäre Abklärung, Krisenintervention oder längerer Behandlung und Begleitung sowie Einleitung rehabilitativer Massnahmen. Die Stationen mit störungsspezifischen psychotherapeutischen Konzepten (Angst- und Zwangserkrankungen, affektive und psychotische Störungen, Burnout, Essstörungen, Traumafolge- und Persönlichkeitsstörungen) sowie eine Privatstation bilden die Schwerpunkte unserer therapeutischen Leistungen.

Mit 12 Tagesklinikplätzen und je einem Externen Psychiatrischen Dienst in Frauenfeld und Sirmach wird unser Angebot ergänzt.

Weitere Informationen zur Clenia Privatklinik Littenheid und ihren Angeboten erfahren sie unter www.clenia.ch

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Das Qualitätsmanagement wird unter dem Fokus von Business Excellence nach dem Total Quality Modell der EFQM (European Foundation for Quality Management) betrieben.

Regelmässige Zufriedenheitsstudien bei Patienten, Zuweisenden und Mitarbeitenden bilden die Eckpfeiler für die kontinuierliche Verbesserung unserer Dienstleistungen und Angebote. Aufgrund des erkannten Verbesserungspotentials dieser Umfragen werden Massnahmen getroffen und ergebnisfokussiert umgesetzt.

Ein internes und externes Benchmarking dient dazu, Verbesserungspotenzial konsequent zu erkennen und auszuschöpfen.

Wir messen regelmässig die Zielerreichung unserer Mitarbeitenden mit einem Mitarbeitenden-Beurteilungssystem. Ebenso werden definierte Finanz- und Leistungszahlen sowie Resultate aus weiteren Bereichen wie Kunden, Mitarbeitende, Marketing, Prozesse und Innovation gemessen. Daraus werden Entwicklungsschritte geplant und realisiert.

Die Clenia Littenheid hat im EFQM "Anerkennung für Excellence" im 2014 erreicht und ist gewillt, die Gültigkeit dieses Zertifikats durch weitere Assessments längerfristig zu sichern.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

Lean Management (Denken und Handeln)
Designintervention in Patientenräumen

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

Bewerbungsschrift zur Anerkennung für Excellence (EFQM)
Eröffnung des EPD Frauenfeld
Betriebsaufnahme der poststationären Übergangspflege im EPD in Sirnach
Koordinierte Therapieplanung

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Umsetzung von Lean Management
Verbesserungsmassnahmen aus dem Ergebnis des Assessment (Anerkennung für Excellence / EFQM 2014)

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt

150 %

 Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Urs Zürcher*	071 929 62 40	urs.zuercher@clenia.ch	Leiter Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

www.clenia.ch

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Clenia Littenheid AG → Kapitel „Leistungen“.

C1 Angebotsübersicht

Angeborene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Psychiatrie und Psychotherapie (Erwachsene)	Littenheid, Frauenfeld, Sirmach	
Alterspsychiatrie und -psychotherapie	Littenheid, Frauenfeld, Sirmach	
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Littenheid, Sirmach, Winterthur	

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angeborene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Littenheid	
Ergotherapie	Littenheid	
Ernährungsberatung	Littenheid	
Neuropsychologie	Littenheid	
Physiotherapie	Littenheid	
Psychologie	Littenheid, Frauenfeld, Sirmach	
Psychotherapie (Trauma, DBT, Schema)	Littenheid, Frauenfeld, Sirmach	
Mal- und Gestaltungstherapie	Littenheid	
Bewegungs- Physiotherapie	Littenheid	
Musiktherapie	Littenheid	
Komplementärtherapien	Littenheid	

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

www.clenia.ch

Bemerkung

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2013

Kennzahlen ambulant			
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen
Ambulant	2399	---	---
Tagesklinik	55	12	

Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Geleistete Pflegetage
Stationär	207	1691	43.6 (inkl. Kinder und Jugendpsychiatrie)	73794
Fürsorgische Unterbringung bei Eintritt (unfreiwilliger Eintritt)	---	169		

Hauptaustrittsdiagnose			
ICD-Nr.	Diagnose	Anzahl Patienten	In Prozent
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	0	0%
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	135	8%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	135	8%
F3	Affektive Störungen	812	48%
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung	423	25%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	17	1%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	101	6%
F7	Intelligenzminderung	68	4%
F8	Entwicklungsstörungen		
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend		
	Total	1691	100%

D

Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten: Externer Psychiatrischer Dienst (ambulant)
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung			
Resultate EPD	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Behandlungsbeginn	6.37	Auf einer 7-Punkte Likertskala, wobei 7 der Bestwert (volle Zufriedenheit) ist, wurden sehr gute Werte erzielt.	
Behandlung Vertrauen	6.24		
Zusammenarbeit mit Berufsgruppen	6.17		
Behandlung Aspekte	5.6		
Zufriedenheit und Erfolg	5.8		
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument	
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments	Name des Messinstituts
<input type="checkbox"/>	PEQ		
<input checked="" type="checkbox"/>	MüPF(-27)		
<input type="checkbox"/>	POC(-18)		
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark		
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instruments			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patientinnen und Patienten, welche im Zeitfenster Juli bis September 2012 im Externen Psychiatrischen Dienst in Sirnach in Behandlung waren.		
	Ausschlusskriterien	Keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		143		
Rücklauf in Prozent		40.2%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Kunden- und Mitarbeitendenreaktionswesen (KMR)
Name der Ansprechperson	Urs Zürcher
Funktion	Leiter Organisations- und Qualitätsmanagement
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	071 929 62 40, urs.zuercher@clenia.ch
Bemerkungen	Anliegen können auch elektronisch unter www.clenia.ch eingegeben werden (link: Ihre Meinung ist uns wichtig)

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Kunden- und Mitarbeitendenreaktionswesen (KMR)	Zugang auf www.clenia.ch/home/ "Ihre Meinung ist uns wichtig" beim externen Nutzer bekannt machen	Alle Bereiche der Clenia Littenheid	2014

D2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigen-zufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .
Begründung	Konnte noch nicht umgesetzt werden

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .
Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012
Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2015

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →
<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Information / Kommunikation	4.4	Auf einer 6-Punkte Likertskala, wobei 6 der Bestwert ist (volle Zufriedenheit) wurden sehr gute Werte erzielt, welche alle im Bereich der Zielgrösse und des Benchmarks sind.
Identifikation	4.8	
Vorgesetztenverhalten	4.7	
Zusammenarbeit	4.5	
Entwicklungsmöglichkeiten	4.2	
Arbeitsbedingungen	4.3	
Arbeitsinhalt /-organisation	4.6	
Betriebliche Leistungen	4.5	
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument	
Name des Instruments	Name des Messinstituts	SIGNA / Qualidata

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle zur Zeit der Befragung aktiven Mitarbeitenden der Clenia Littenheid (inkl. EPD Sirnach)	
	Ausschlusskriterien	Keine	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		248	
Rücklauf in Prozent		53%	Erinnerungsschreiben? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Mitarbeitendenbefragung	Alle Befragungen der Clienia Littenheid werden auf ihren Kundennutzen überprüft.	Ganze Clienia Littenheid	2014

D4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweiser (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiser-Zufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2013	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2015

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Angebotsspektrum	5.1	Auf einer 6-Punkte Likertskala, wobei 6 der Bestwert ist (volle Zufriedenheit) wurden Werte mit "sehr zufrieden" erzielt. Das Angebots-Spektrum sowie die Fachkompetenz erzielten sehr gute Resultate. Auch die Bewertung des Verfahrens der Zuweisungen sowie der Fortbildung mit Werten "sehr zufrieden" sind sehr erfreulich.
Zuweisungsverfahren	4.9	
Fachkompetenz	5.2	
Erreichbarkeit der ärztlichen/psychologischen Ansprechpartner	4.6	
Einbeziehung in wichtige Entscheide	3.9	
Rechtzeitige Zusendung des Austrittsberichts	4.4	
Rechtzeitiger Erhalt der Zuweiserinfos	4.5	
Zufriedenheit mit Fortbildungsangebote für externe Fachpersonen	4.9	
Infos über Neuigkeiten / Veränderungen	4.7	
Bemühung um Netzwerkarbeit	4.2	
Allg. Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit	4.8	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments		Name des Messinstituts
			SIGNA / Qualidata
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instruments			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Alle Zuweiser welche im 2012 und den beiden ersten Monaten im 2013 stationär und/oder ambulant in die Klinik, Tagesklinik oder EPD mindestens 1 Patienten zugewiesen haben.	
	Ausschlusskriterien	Keine	

Anzahl vollständige und valide Fragebogen	252		
Rücklauf in Prozent	33%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Zuweiserbefragung	Alle Befragungen der Clenia Littenheid werden auf ihren Kundennutzen überprüft.	Ganze Clenia Littenheid	2014

E

Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs 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 Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Die ANQ-Messvorgaben gelten 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 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. Zusätzlich werden freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben, insofern eine Klinik solche einsetzt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Erwachsenenpsychiatrie			
Symptombelastung mittels HoNOS Adults (Fremdbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung mittels BSCL (Selbstbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels EFM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychiatrie			
Symptombelastung mittels HoNOSCA (Fremdbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung mittels HoNOSCA-SR (Selbstbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

Da die Psychiatriekliniken sehr unterschiedliche Patientengruppen haben, lassen sich die klinikindividuellen Messergebnisse nur punktuell vergleichen. Nationale Vergleichswerte von Kliniken finden sich im Nationalen Vergleichsbericht Outcome des ANQ.

National vergleichende Messergebnisse
Der nationale Vergleichsbericht Outcome (Messungen 2013) wird im Herbst 2014 auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie

E2-1 Erwachsenenpsychiatrie

Die nationalen Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie erfolgen seit dem 1. Juli 2012.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung)
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Bemerkung		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Symptombelastung mittels HoNOS Adults

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

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹	Maximal mögliche Verbesserung
		- 48 Punkte	+ 48 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Veröffentlichung erfolgt im Rahmen des ANQ-Publikationskonzeptes.			
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung			

¹ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOS auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 12 symptombezogenen HoNOS- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Symptombelastung mittels BSCL

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

Klinikindividuelle Ergebnisse			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ²	Maximal mögliche Verbesserung
		- 212 Punkte	+ 212 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Veröffentlichung erfolgt im Rahmen des ANQ-Publikationskonzeptes.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			

Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Diese sollten selten und nur gut begründet und v.a. unter zwingender Beachtung der nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie gerontotypische Sicherheitsmassnahmen wie Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen
National vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: www.anq.ch/psychiatrie
Deskriptive Angaben zur Erhebung finden sich im Kapitel F4.

Verbesserungsaktivitäten in der Erwachsenenpsychiatrie

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Datenqualität	Bis Ende 2014 sollen die von der ANQ erwarteten Daten in Anzahl und Qualität erreicht werden.	Ganze stationäre Erwachsenenpsychiatrie der Clenia Littenheid	Bis 31.12.2014

² Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim BSCL auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht der Patientin resp. des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient bei Eintritt in seiner Selbsteinschätzung komplett ohne Symptome eintritt und bei Austritt in seiner Selbsteinschätzung bei allen 53 symptombezogenen BSCL-Fragen eine totale Verschlechterung eingetreten ist. „+ 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient in der Selbsteinschätzung bei Klinikeintritt maximal symptombelastet ist und sich bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

E2-2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden spezifische Qualitätsmessungen erarbeitet. Diese Messungen haben am 1. Juli 2013 begonnen.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Symptombelastung mittels HoNOSCA

HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 13 Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Sicht der Behandelnden, Fremdbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOSCA Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximale mögliche Verschlechterung ³	Maximal mögliche Verbesserung
		- 52 Punkte	+ 52 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Veröffentlichung erfolgt im Rahmen des ANQ-Publikationskonzeptes.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Vollerhebung)	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie	
Bemerkung			

³ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOSCA auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 13 symptombezogenen HoNOSCA- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Symptombelastung mittels HoNOSCA-SR

HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 13 Items. Die Erhebung basiert auf der Einsicht und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOSCA-SR Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ⁴	Maximal mögliche Verbesserung
		- 52 Punkte	+ 52 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Veröffentlichung erfolgt im Rahmen des ANQ-Publikationskonzeptes.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie ab 14 Jahren (Vollerhebung)	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie, Patienten unter 14 Jahren	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Datenqualität	Bis Ende 2014 sollen die von der ANQ erwarteten Daten in Anzahl und Qualität erreicht werden.	Ganze stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie der Clenia Littenheid	Bis 31.12.2014

⁴ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOSCA-SR auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 13 symptombezogenen HoNOSCA-SR Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

H Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
EFQM "Anerkennung für Excellence"	Ganze Clenia Littenheid	2014	-----	3stars
Trauma	Station Waldegg A	2011		
DBT	Pünt Nord	2009		
Schematherapie	Pünt Nord	2013		
ISO 17020 / Qualab	Labor	2009		
QualiKita	Kindertagesstätte	2013		
Culinarium 3 Kronen	Gerichte und Getränke	2009	2013	

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit), welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Lean Management	Gemeinsames Verständnis / Haltung bezüglich Lean Management entwickeln. Strukturen, Prozesse, Tools zur Umsetzung von Lean Management entwickeln.	Ganze Clenia Littenheid	2013 / 2014
Designintervention in Patientenräumen	Gesamtkonzept für die Raumgestaltung in den Patientenräumen der Stationen Park A (Akutpsychiatrie) und Waldegg A (Traumastation).	Pilotstationen Waldegg A und Park A	2013 / 2014
Behavioral Branding	Behavioral Branding unterstützt die Umsetzung der Gesamtstrategie und ist Bestandteil der Marketingstrategie. Behavioral Branding ist das Erlebbar-Machen von Unternehmensleitsätzen, Visionen und Werten.	Ganze Clenia Littenheid	2014
TARPSY Datenerhebung	Mitwirkung bei der Entwicklung eines nationalen leistungsorientierten Tarfsystems für die Psychiatrie	Stationäre Erwachsenenpsychiatrie	Bis ca Ende 2015

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?

Nein, unser Betrieb hat kein CIRS?

Begründung

Ja, unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.

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

Bemerkung

Das CIRS ist ins Kunden- und Mitarbeitendenreaktionswesen (KMR) integriert.

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitlel	Koordinierte Therapieplanung	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Erarbeitung eines Konzepts zur Planung und Koordination der Therapieangebote und Mengen. Den Patienten und Patientinnen steht ein Indikationsgeleitetes, stressfreies und ausgeglichenes Therapieprogramm zur Verfügung.	
Beschreibung	Aufgrund der Verkürzung der Aufenthaltsdauer im stationären Setting ist eine noch bessere Koordination der gesamten Angebote von grösster Bedeutung. Nur so ist es möglich, den Patientinnen und Patienten die für die Gesundheit notwendigen Therapien zur richtigen Zeit zukommen zu lassen.	
Projekttablauf / Methodik	Systematisches Projektmanagement / Projektorganisation	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	Ganze Clenia Littenheid	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
Involvierte Berufsgruppen	Medizin, Pflege, Fachtherapien	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Wirkung wird laufend überprüft	
Weiterführende Unterlagen	-----	

Projekttitlel	Patientenaustrittsprozess	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Es steht ein praxisnaher, anwendbarer Austrittsprozess zur Verfügung. Die Kundenorientierung, aber auch die betrieblichen Notwendigkeiten stehen im Fokus des Prozesses.	
Beschreibung	Der Austritt bildet die Brücke im Übergang vom stationären Aufenthalt zurück zum gewohnten Lebensraum. Die richtige Vorbereitung, gezielte Information und die Planung der Nachbetreuung unterstützt den Erfolg der therapeutischen Arbeit während des stationären Aufenthalts.	
Projekttablauf / Methodik	Systematisches Projektmanagement / Projektorganisation	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	Ganze Clenia Littenheid	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
Involvierte Berufsgruppen	Medizin, Therapien, Pflege	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Wirkung wird laufend überprüft.	
Weiterführende Unterlagen	-----	

I

Schlusswort und Ausblick

2010 wurden wir erstmals nach EFQM zertifiziert (Verpflichtung zu Excellence). Seither treiben wir die Qualitätsbemühungen mit den Grundkonzepten und den Kriterien des EFQM voran. Das vorerst letzte Ergebnis war die Zertifizierung zu "Anerkennung für Excellence" Anfang 2014.

Diese Bemühungen unterstützen unser Bestreben, uns den Anforderungen in der stationären, der tagesklinischen und der ambulanten Behandlung nicht nur zu stellen, sondern deren Erwartungen zu erfüllen oder wenn möglich gar zu übertreffen.

Mit der Eröffnung des Externen Psychiatrischen Dienstes in Frauenfeld und einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis in Winterthur haben wir für viele Patientinnen und Patienten den Zugang zu unseren Angeboten vereinfacht. Mit dem Bezug der neuen Räumlichkeiten an der Laubgasse 31 in Frauenfeld machen wir einen weiteren Schritt in Richtung Kundennähe und Kundenorientierung.

Als grösster Arbeitgeber im Südthurgau und als einer der grössten in der Region sind wir uns auch der Verantwortung als Arbeitgeber bewusst und handeln entsprechend.

Im Herbst wird das neu erbaute Café / Restaurant eröffnet, welches auch zeitgemässe Verpflegungsmöglichkeiten für unsere Mitarbeitenden und weitere Kunden beinhaltet.

Die Verbundenheit mit den Lieferanten in der Umgebung unterstreichen wir mit der Zertifizierung als Culinariumbetrieb.

Weitere Informationen und Unterlagen sowie den Jahresbericht finden Sie unter www.clenia.ch.

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, Rehabilitation und Langzeitpflege 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 Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch