



Clientia Schlössli AG
Privatklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Schlösslistrasse 8
8618 Oetwil am See

Tel. +41 (0)44 929 81 11
Fax +41 (0) 929 84 44
[**info@clientia.ch**](mailto:info@clientia.ch)
[**www.clientia.ch**](http://www.clientia.ch)

			
	Psychiatrie		

Qualitätsbericht 2009

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern und Basel-Stadt



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	6
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	7
C1	Kennzahlen Akutsomatik	7
C2	Kennzahlen Psychiatrie	7
C3	Kennzahlen Rehabilitation	7
C4	Kennzahlen Langzeitpflege	7
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	8
D1	Zufriedenheitsmessungen	8
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	9
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	10
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	11
D2	ANQ-Indikatoren	12
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	12
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	12
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	13
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	13
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	14
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	15
D5	KIQ-Pilotprojekte	16
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	16
D5-2	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation	16
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	17
E1	Pflegeindikatoren	17
E1-1	Stürze	17
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	17

E2	Weitere Qualitätsindikatoren.....	18
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege.....	18
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings.....	18
F	Verbesserungsaktivitäten.....	19
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard.....	19
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten.....	19
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte.....	19
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	21
G	Schlusswort und Ausblick.....	22
H	Impressum.....	23
I	Anhänge.....	24



Q-Management Clenia Schlössli AG

Das Qualitätsmanagement betreiben wir unter dem Fokus von Business Excellence im Rahmen des Total Quality Management Modells der EFQM (European Foundation for Quality Management). Die Basis bildet die durch die Geschäftsleitung erarbeitete Q-Politik der Clenia Schlössli AG, die Q-Strategie der Clenia-Gruppe sowie ergänzend dazu, die Qualitäts-Standards für die Stationäre Psychiatrie der Schweizerischen Vereinigung psychiatrischer Chefärzte (SVPC). Insgesamt werden neun Standards definiert. Fünf haben die Behandlung zum Gegenstand, weitere vier unterstützende Prozesse. Was die Resultate anbelangt, so messen wir diese mittels regelmässig durchgeführter Patienten-, Angehörigen-, Zuweiser- und Mitarbeiterzufriedenheitsstudien. Aufgrund der Erkenntnisse (Fokus Verbesserungspotential) dieser Umfragen werden jeweils die entsprechenden Massnahmenpläne erstellt und PDCA-prozessmässig (ergebnisfokussiert) umgesetzt. Bei den Key Performance Results messen wir regelmässig, mittels unseres Mitarbeiterbeurteilungssystems ZOMAG, die Zielerreichung unserer Mitarbeiter. Ebenso werden die PSYREC-Daten sowie klar definierte Führungskennzahlen (leistungsbezogene Ergebnissen wie z.B. Marktanteil, Volumen, Erfolgsraten, Budgeteinhaltung etc.) laufend überprüft und analysiert. Ein unternehmensweites Projektportfoliocontrolling dient dazu, die Zielerreichung von Projekten, Massnahmen und Ressourcen konsequent zu steuern und zu überwachen. Die Begleitung sämtlicher EFQM-relevanter Aktionen erfolgt durch das Quality-Council. (Mission: Wir unterstützen das Management dabei, den Prozess zu beschleunigen, durch den Qualität zu einer entscheidenden Einflussgrösse für das Erreichen unserer Unternehmensziele wird.)



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Prozessmanagement

Das im Jahr 2008 gestartete Projekt konnte 2009 erfolgreich abgeschlossen werden. Die Clenia Privatklinik Schlössli verfügt nun über ein Prozessmodell, ein Prozesscontrolling-Konzept sowie ein dynamisches IT-Prozessmanagement-Tool. Sämtliche, relevanten IST-Prozesse sind aufgenommen und dokumentiert, die Mitarbeiter wurden geschult und stufengerecht zum Thema ausgebildet. Somit ist die Basis für die laufende Sollprozess-Entwicklung in der Linie gegeben. Dieses Thema wird 2010 durch das "Lean-Management" Projekt noch zusätzlich vertieft werden.

Performance Management

Neben der Realisation des Gesamtkonzepts wurde der Teilprozess Mitarbeiterbeurteilung komplett überarbeitet - ein neues Beurteilungssystem (ZOMAG) liegt vor und wird im 2010 entsprechend umgesetzt. Ebenso stehen den Führungskräften neu diverse Tools und Hilfsmittel zur Mitarbeiterrekrutierung zur Verfügung. Die Teil- bzw. Umsetzungsprojekte Performance Management-Controlling, Anreizsysteme sowie Personalentwicklung/Laufbahnplanung sind vorbereitet und werden im 2010 starten.

Angehörigenarbeit

Das Projekt befindet sich in der Umsetzungsphase. Der neue Standard "Angehörigenarbeit" bildet die einheitliche Basis, auf der sich alle Unterstützungsangebote für Angehörige innerhalb der einzelnen Stationen und Behandlungssettings abstützen. Die bestehende Zusammenarbeit mit den Angehörigen sowie die damit verbundene Öffentlichkeitsarbeit werden klinikweit gezielt vernetzt und laufend erweitert. Mit dem aktiven Einbezug der Angehörigen in den Behandlungsprozess, soweit dies von den Patienten gewünscht wird, soll die Behandlungsqualität gesteigert sowie die Zufriedenheit aller Beteiligten verstärkt werden.

Integriertes Risk-Management (IRM)

Die Clenia Privatklinik Schlössli bekennt sich zu einem IRM, welches sich nicht nur auf finanzielle Risiken und/oder Behandlungsrisiken beschränkt, sondern umfassend, ganzheitlich ist. Durch diese Tatsache wird Risk-Management zum integralen Bestandteil der Managementaufgaben und unterstützt die konsequente Umsetzung der Unternehmensstrategie und -politik und somit die Organisation bei deren Zielerreichung. Im Laufe des Jahres wurden die Leitlinien zur Implementierung des IRM durch die Geschäftsleitung verabschiedet, sämtliche Führungsebenen wurden entsprechend "on the job" anhand des Risk-Managementprozesses nach ISO 31000 instruiert. Zum jetzigen Zeitpunkt verfügen wir über sämtliche relevante Kennzahlen und Fakten, welche es uns ermöglichen, unsere Risikolandkarte laufend zu überprüfen und entsprechend proaktiv Massnahmen einzuleiten.

Führungsausbildung

Neben den bereits bestehenden internen Lehrgängen für Führungskräfte wie Führungsgrundausbildung, ZOMAG, Qualitäts-, Projekt-, Prozess- sowie Konfliktmanagement wurde neu ein klinkenspezifischer BWL-Lehrgang konzipiert.

Zufriedenheitsstudien

Auch dieses Jahr haben wir wieder diverse Zufriedenheitsstudien durchgeführt. Die Mitarbeiterzufriedenheitsstudie ergibt ein leicht besseres Resultat als vor drei Jahren. Verbesserungspotential zeigt sich im Kommunikations-/Informationsbereich. Entsprechende Massnahmen zur Potentialnutzung sind bereits eingeleitet worden.

Die Patientenbefragung ambulant 2009 zeigt generell ein sehr gutes Ergebnis. Die Verbesserungen sind primär im Sensibilisierungsbereich (z.B. Wartezeiten) umzusetzen.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

sieh Qualitätsschwerpunkte

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Auf unserem Weg zu "Recognized for Excellence" (2. Level EFQM) werden wir primär die Qualitätsschwerpunkte der vergangenen Jahre ausbauen und die Performance stärken. Das Hauptaugenmerk gilt vor allem dem Prozess- und Lean-Management, dem IRM sowie den diversen Zufriedenheitsstudien und den daraus abgeleiteten Massnahmen und Projekten sowie der ganzheitlichen Führungsausbildung. Das Motto: Gelebte und erlebte Qualität.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt Stellenprocente zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Markus Rüdüsüli	044 929 82 09	markus.ruedisueli@clienia.ch	Verwaltungsdirektor/stv. Klinikdirektor

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle		
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene		
Anzahl stationäre Patienten		
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene		
Anzahl Pflgegetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte		

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen					
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer		
ambulant	33845	---	---	---	
Tagesklinik	14761	52	51.3	---	
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflgegetage	
stationär	210	2304	33.4	76218	
Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht			<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte			Oetwil am See, Wetzikon, Uster, Männedorf		

C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl stationäre Patienten		
Anzahl Pflgegetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte		

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.		
Anzahl Pflgegetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung		
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte		

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2008	Nächste Messung: 2010
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die 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, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	1.63	gegenüber Vorjahr durchschnittliche Verbesserung = 0.04 Punkte
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
		hohe durchschnittliche Patientenzufriedenheit (1 = sehr zufrieden / 4 = sehr unzufrieden)
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> Mecon	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	Züpaz	Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			SIGNA
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Patientenzufriedenheitsmessung mittels standardisiertem Fragebogen		
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien	Deutsche Sprach, kognitive Urteilsfähigkeit		
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:	

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die 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, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten		
	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2006
		Nächste Messung:	2012
X Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die 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, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		siehe B2 Zufriedenheitsstudien
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	SIGNA
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		Mitarbeiterzufriedenheitsmessung mittels standardisiertem Fragebogen	
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	X Ja, Einsatz wie folgt:

D1-4 Zuweiserzufriedenheit



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	X Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2006	Nächste Messung: 2010
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die 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, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	SIGNA
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		Zuweiserzufriedenheitsmessung mittels standardisiertem Fragebogen	
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/> Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.				
<input type="checkbox"/> Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.				
<input type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.				
Spitalgruppen: an welchen Standorten? <input type="text"/>				
Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
2304	1113 Total/157 innert 30 Tage	6.8 %	30 Tage	Controlling
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).				
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/> Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.			
<input type="checkbox"/> Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.			
<input type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.			
Spitalgruppen: an welchen Standorten? <input type="text"/>			
Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?	<input type="text"/>
Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Blinddarmentfernung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hernieoperation	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Operation am Dickdarm	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hüftgelenksprothesen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kniegelenksprothesen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.	
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.	
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?	<input type="text"/>
Infektions-Messthema	<input type="text"/>	
Messung im Berichtsjahr 2009		
Gemessene Abteilungen:	<input type="text"/>	Ergebnis: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	<input type="text"/>

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



Messthema		Befindlichkeitsmessung Eintritt/Austritt	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		alle	
Gemessene Abteilungen:	alle	Ergebnis:	durchschnittliche Verbesserung des Patientenbefindens um 17 Punkte
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes: OQ 45		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema		Differenzmessung Schweregrad der Erkrankung	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		alle	
Gemessene Abteilungen:	alle	Ergebnis:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes: CGI		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema		Funktionsmessung	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		alle	
Gemessene Abteilungen:	alle	Ergebnis:	Verbesserung + 6.33 Punkte
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes: GAF		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



Messthema	AMDP / Differenzmessung der Symptombelastung
Messthema	Zufriedenheitsstudie Restauration
Messthema	Benchmarking Pflegepraktika & Fachmann/- frau Gesundheit
Messthema	Evaluation für Assistenzärzte, Beurteilung der Weiterbildung durch die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Bemerkungen			

Legende:

- ¹ A=Ganzer Betrieb, übergreifend
 B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
 C=einzeln Abteilung
- ² A=Fachgesellschaft
 B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
 C=betriebseigenes System
- ³ A=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
 B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009
 C=Einführung im Berichtsjahr 2009

D5 KIQ-Pilotprojekte



Das nationale KIQ Pilotprojekt Psychiatrie, getragen von H+, santésuisse und MTK, mit Beisitz von der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, spezifiziert für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation die Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinikinternen Messungen sowohl aus Patientensicht (Selbstrating) als auch aus Behandlungssicht (Fremdrating), mit einem regelmässigen Austausch und einer Vernetzung zwischen allen Pilotkliniken und auch einem systematischen Vergleich der Messergebnisse der Pilotkliniken wird im zweijährigen Pilot die Qualität und die Reflexion über Verbesserungsmassnahmen gefördert.

Erst im März 2009 schlossen sich die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung **KIQ** und der Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung **IVQ** zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken **ANQ** zusammen. Deshalb wird in diesem Berichtsjahr noch die Bezeichnung KIQ verwendet.

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja	Gewählte Messvariante: <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
<input checked="" type="checkbox"/> nein	

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule (LWS) <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule (HWS) <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten (UEX) <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten (OEX) <input type="checkbox"/> ganzer Körper (SYS)
<input type="checkbox"/> ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
<input type="checkbox"/> nein	

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“		in Planung	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:			
Ergebnis gesamt:		Anteil mit Behandlungsfolgen:	
		Anteil ohne Behandlungsfolgen:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Definition des Messthema „Dekubitus“		in Planung					
Messung im Berichtsjahr 2009							
Spitalgruppen: an welchen Standorten?							
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis gesamt:					
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.							
Entstehungsort der Dekubiti			Werte (quantitativ)				
			gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung							
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.							
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen							
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009							
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:						
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:						

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



Indikator	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Freiheitseinschränkende Massnahmen: Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall		
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen.	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

F

Verbesserungsaktivitäten



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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs-jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
ganzer Betrieb	EFQM			

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
ganzer Betrieb	div. Zufriedenheitsstudien	Steigerung Zufriedenheit	in Umsetzung
ganzer Betrieb	BWL-Seminar	Steigerung MA-Kompetenz	do.
ganzer Betrieb	neues Leitbild	Stärkung U-Kultur	do.
ganzer Betrieb	CIRS	Risikominimierung	do.
ganzer Betrieb	IKS	Risikominimierung	do.
ganzer Betrieb	Führungsausbildung	Steigerung MA-Kompetenz	do.

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen **Qualitätsprojekte** im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
ganzer Betrieb	Integriertes Risk-Management	Professioneller Umgang mit Chancen und Risiken im Unternehmen	2008-2009
ganzer Betrieb	Performance Management (Konzeption & Umsetzung Teil-/Folgeprojekte)	Vereinheitlichte Prozesse und aufeinander abgestimmte Instrumente in allen für das Unternehmen relevanten, personalwirtschaftlichen Belangen	2008-2010
ganzer Betrieb	Perf. Management Controlling	Datenbasis für effektives und effizientes HR-Management	2009-2010

ganzer Betrieb	Angehörigenarbeit	optimale Angehörigenbetreuung	2008-2010
ganzer Betrieb	Integration FAGE	Skills Grademix	2008-2010
ganzer Betrieb	Prozessmanagement	Standardisierte Prozesse und deren laufende Überprüfung und Anpassung	2008-2010
Pilotstationen	Lean-Management	optimaler Ressourceneinsatz / Vermeidung von Waste	2009-2010
ganzer Betrieb	Psyrec/KTR	Kennzahlen/Resultate	2008 - 2009
ganzer Betrieb	Menübestellsystem	Prozessoptimierung / Steigerung int. und ext. Kundenzufriedenheit	2009-2010

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 abgeschlossenen Qualitätsprojekten

Projekttitlel	Integriertes Risk-Management	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Konzeption & Implementierung eines integrierten Riskmanagementmodells	
Beschreibung	Erarbeitung und Umsetzung eines gesamtheitlichen, synergetischen sowie systematischen und dynamischen Risk-Managements. Ein solches ermöglicht es, Chancen und Risiken frühzeitig zu erkennen, ganzheitlich zu analysieren, zu koordinieren, zu kontrollieren und dadurch zu minimieren.	
Projekttablauf / Methodik	PM-Standard	
Einsatzgebiet	X mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Clenia Littenheid AG / Bergheim Private Altersklinik Uetikon AG	
	X Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	alle	
Projektevaluation / Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Existenzgefährdende Störungen und Gefahren werden im Voraus erkannt und eliminiert. • Bei Ereigniseintritt wird standardisiert und professionell gehandelt. • Ein Maximum an Sicherheit wird mit einem Minimum an Mitteln erreicht. • Das Risikobewusstsein bei den Mitarbeitern ist sensibilisiert, sie sind entsprechend geschult. • Haftpflichtansprüche verringern sich. • Der Abgleich mit dem Qualitäts- und Prozessmanagement ist sichergestellt. • Die Koordination und Zusammenarbeit mit dem so genannten strategischen Risk-Management ist sichergestellt. • Für definierte Risiken sind klare Verantwortlichkeiten zugeordnet. • Die Führungskräfte identifizieren, bewerten, steuern und überwachen operationelle Risiken anhand Vorgaben. • Transparenz in Bezug auf Risikoverantwortung, Risikobeurteilung, Risikostrategie sind gewährleistet. • Ein institutionalisiertes Risiko-Reporting, das die Bedürfnisse des Managements und anderen Anspruchsgruppen abdeckt, ist vorhanden. 	
Weiterführende Unterlagen		

G

Schlusswort und Ausblick



siehe A & B4



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei **S**pitalern im **B**ern) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_qabe



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch



Qualitätspolitik Clenia Schössli AG

Patienten

Die erfolgreiche Behandlung unserer Patienten ist unser oberstes Ziel. Dabei ist uns der Einbezug unserer Patienten in die individuelle Behandlungsplanung besonders wichtig, was sich auch in einer hohen Patientenzufriedenheit ausdrücken soll. Die Patientenerwartungen fliessen in die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und Dienstleistungen ein.

Mitarbeiter

Alle Mitarbeiter übernehmen die Verantwortung für die Qualität sowohl in der Einzel- als auch in der Teamarbeit. Nebst fachlichem Können und Motivation prägen Begeisterungsfähigkeit und Innovation den Unternehmenserfolg. Deshalb wird die Mitarbeiterentwicklung, Entscheidungsverantwortung und Arbeitsplatzzufriedenheit entsprechend gefördert.

Partner

Wir sind für unsere Zuweiser, die Gesundheitsdirektion, Krankenkassen, Behörden, und Lieferanten ein kompetenter, fairer und verlässlicher Partner. In der Optimierung der Gesamtprozesse arbeiten wir mit ihnen zusammen.

Dienstleistung

Wir bekennen uns zu einem prozessorientierten Vorgehen, das unsere Dienstleistungen laufend evaluiert und verbessert. Das Management stellt die entsprechenden Mittel und Strukturen zur Verfügung.

Wirtschaftlichkeit

Wir beherrschen unsere Prozesse und damit unsere Kosten. Die Ressourcen (Arbeit, Energie, Material, Informationen, Kapital) setzen wir verantwortungsvoll ein.

Qualitätsstrategie der Clenia-Gruppe

- Das Qualitätsmanagement wird unter dem Fokus von Business Excellence nach dem Total Quality Modell der EFQM (European Foundation for Quality Management) betrieben.
- Der Rahmen unserer Qualitätsbemühungen bildet die gemeinsame Qualitätspolitik. Sie ist aus Leitbild, Vision und Mission abgeleitet. Die Clenia-Gruppe nimmt eine aktive und führende Rolle in nationalen und kantonalen Qualitätsprojekten wahr und berücksichtigt die Vorgaben des H+ qualité-Labels.
- In der praktischen Arbeit geben die Qualitäts-Standards für die stationäre Psychiatrie der Schweizerischen Vereinigung psychiatrischer Chefärzte Handlungsanweisung. Insgesamt sind neun Standards definiert. Fünf haben die Behandlung zum Gegenstand, weitere vier unterstützende Prozesse.
- Regelmässige Zufriedenheitsstudien mit denselben Instrumenten bei Patienten, Angehörigen, Zuweisern und Mitarbeitern 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 Benchmarking dient dazu, Verbesserungspotenzial konsequent zu erkennen und auszuschöpfen. Benchmarking erfolgt in ausgewählten Themen auch mit Dritten.
- Ein gruppenweites Projektportfoliocontrolling dient dazu, die Zielerreichung von Projekten, Massnahmen und Ressourcen konsequent zu steuern und zu überwachen.
- Wir messen regelmässig die Zielerreichung unserer Mitarbeiter mit einem Mitarbeiterbeurteilungssystem. Ebenso werden definierte Finanz- und Leistungszahlen sowie Resultate aus weiteren Bereichen wie Kunden, Mitarbeiter, Marketing, Prozesse und Innovation gemessen. Daraus werden Entwicklungsschritte geplant und realisiert.
- Die Betriebe der Clenia-Gruppe streben nach einem ersten EFQM Self-Assessment mittelfristig die Urkunde "Annerkennung für Excellence" an - Bewertung durch ein EFQM-zertifiziertes Assessorenteam.
- Für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung einer aktiv gelebten, praxisbezogenen Qualität sorgen die Quality Councils der Kliniken, die sich aus Qualitäts-Promotoren und dem jeweiligen Leiter Qualitätsmanagement zusammensetzen.

Die Clenia-Gruppe ist Mitglied bei:

- Vollmitglied European Foundation for Quality Management, Brüssel (EFQM)
- Mitglied Swiss Association for Quality (SAQ)
- Mitglied Swiss Society for Quality Management in Health Care (SQMH)
- Mitglied H+ qualité

Clenia-Risikopolitik (Integriertes Riskmanagement IRM)

Die Clenia-Gruppe ist vielfältigen Risiken ausgesetzt. Die zunehmende Vernetzung und Komplexität des Umfeldes, die Forderung nach erhöhter Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung, die Anforderungen an eine verantwortungsbewusste Geschäftsführung sowie der vielfältige Aufgabenkatalog, stellen den Verwaltungsrat und die Unternehmensführung vor zusätzliche Herausforderungen.

Ziele

Das Integrierte Riskmanagement hat das Ziel, Entscheidungen fundiert abzustützen und dadurch die Zielerreichung der Clenia-Gruppe zu verbessern. Das Eingehen von kalkulierten Risiken soll dazu beitragen, Chancen zu nutzen und dadurch den Geschäftserfolg zu steigern.

Durch das Integrierte Riskmanagement sollen folgende Ziele verfolgt werden:

- Erhöhung der Sicherheit von Menschen und Infrastruktur
- Verbesserung des unternehmerischen Handlungsspielraumes
- Gesamtheitliche Erfassung von Risiken, sowohl in der Strategie wie auch im operativen Geschäft
- Früherkennung, Minimierung und Bewältigung von Gefahren und Risiken
- Vermeiden von Schaden- und Haftpflichtfällen
- Verbesserung der Steuerungs- und Kontrollmechanismen, sowohl des Finanzbereiches (IKS) als auch aller anderen Geschäftsfelder des Unternehmens
- Unterstützung der Führung mittels umfassender, transparenter und aktueller Risikoinformationen
- Förderung des vorhandenen Risikobewusstseins bei den Mitarbeitenden
- Verbesserung der Kommunikation sowie des Umgangs mit Risiken

Grundsätze

- Es werden keine bekannten Risiken eingegangen, welche für das Unternehmen existenzgefährdend sind
- Integriertes Riskmanagement befasst sich mit sämtlichen Risiken des Unternehmens, beschränkt sich also nicht nur auf Finanz- oder Behandlungsrisiken
- Integriertes Riskmanagement ist Bestandteil der Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse (Prozessmodell)
- Integriertes Riskmanagement ist primär eine Führungsaufgabe
- Alle Mitarbeiter leisten einen Beitrag zum Integrierten Riskmanagement
- Das Integrierte Riskmanagement muss auf die Clenia-Gruppe sowie die weiteren Unternehmen massgeschneidert sein
- Das CIRS (Critical Incident Reporting System) ist ein wichtiger Bestandteil des Integrierten Riskmanagements
- Das Integrierte Riskmanagement der Clenia AG orientiert sich am ISO-31'000 Standard und den Umsetzungsnormen ONR 49'000

Leitbild der Clenia-Gruppe

- **Unsere Patienten und unsere Kunden**
Bei uns stehen Patienten- und Kundenorientierung sowie fachliche und soziale Kompetenz an erster Stelle. Wir begegnen unseren Patienten sowie unseren internen und externen Kunden mit Respekt und Wertschätzung. Wir erfüllen als Partner verschiedener Kantone einen wesentlichen Beitrag in der Behandlung psychischer Erkrankungen.
- **Unser Angebot**
Wir bieten jedem Patienten auf seine individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Behandlungsangebote im ambulanten, tagesklinischen und vollstationären Rahmen an. Zudem arbeiten wir in enger Vernetzung mit niedergelassenen Anbietern, somatischen Spitälern, betreuten Wohneinrichtungen und öffentlichen Stellen.
- **Unser Selbstverständnis**
Wir sind führend in Diagnostik, Therapie und Pflege sowie in der Gestaltung des Alltags für Patienten und Mitarbeitende. Nach aussen wirken wir als Wissensdrehscheibe für psychische Gesundheit und handeln aufklärend und präventiv. Dabei orientieren wir uns an ethischen und ökologischen Grundsätzen. Wir denken und handeln unternehmerisch und zielgerichtet, im Wissen, dass Effizienz und Innovation die Voraussetzung für nachhaltige Erfolge sind.
- **Unsere Haltung**
Wir gehen wertschätzend miteinander um und begegnen uns in einer offenen Kommunikation. Wir sprechen Konflikte an, tragen gemeinsam zur Lösung bei und lernen daraus für die Zukunft. Wir schaffen ein Klima des Vertrauens und der Offenheit, in dem aus Fehlern gelernt wird. Wir stärken die Wahrnehmung der Eigenverantwortung und schaffen Platz für individuelles Handeln.
- **Unsere Stärke**
Unter dem Dach Clenia werden Kultur und Individualität der einzelnen Unternehmen hoch gehalten. Clenia steht für Kompetenz, Kontinuität und Glaubwürdigkeit. Die Individualität der einzelnen Kompetenzzentren und die Vielfalt der therapeutischen Angebote wirken als Multiplikatoren und strahlen nach aussen.
- **Unsere Mitarbeitenden**
Unser Unternehmenserfolg ist das Resultat der engagierten Arbeit unserer Mitarbeitenden. Wir legen daher grossen Wert auf gute Arbeitsbedingungen, moderne Arbeitsplätze und gezielte Mitarbeiterentwicklung und –förderung. Die Wahrnehmung der Führungskompetenz nimmt bei uns einen hohen Stellenwert ein.
- **Unsere Qualität**
Wir verfügen über ein professionelles Prozessmanagement zur laufenden Verbesserung unserer Dienstleistungen. Ob Kundenzufriedenheit, Behandlungserfolg, Wirtschaftlichkeit oder optimierte Prozesse: Wir leben Qualität in allen Bereichen und machen sie messbar.

Die 9 Schlüsselwerte Umgangskultur Clenia Schlössli AG

1. Wir gehen miteinander respektvoll und unterstützend um und schenken einander gegenseitig Vertrauen und Wertschätzung
2. Wir halten es für wichtig, bei Entscheidungen auch das Fachwissen der Betroffenen einzubeziehen
3. Wir alle machen gelegentlich Fehler, zeigen sie rasch auf, stehen dazu und helfen konstruktiv, dass sie nicht mehr auftreten
4. Wir kommunizieren nach innen und aussen rechtzeitig, offen und ehrlich und machen unsere Entscheidungen transparent
5. Wir identifizieren uns mit unseren Unternehmen und ihren Zielen und helfen einander in deren Erreichung
6. Wir handeln aktiv und selbstbewusst und gehen mit unterschiedlichen Standpunkten konstruktiv um
7. Wir sind innovativ und verstehen Projekte als Bestandteil unserer Arbeit
8. Wir kennen die vorhandenen Ressourcen und setzen sie sinnvoll, zielgerichtet und wirtschaftlich ein
9. Wir fördern die fachliche und persönliche Entwicklung und anerkennen Leistung