

# Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

Gruppenleitung der Clienia AG

Version 1



Clienia AG, Direktion

[www.clienia.ch](http://www.clienia.ch)



Psychiatrie

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2018.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

### Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Frau  
Susanne Wyss  
Verantwortliche Organisationsentwicklung  
052 234 14 02  
[susanne.wyss@clienia.ch](mailto:susanne.wyss@clienia.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

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

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

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. [Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018 .....	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	9
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>10</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen .....	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	14
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	15
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>16</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>17</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>17</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie .....	17
5.2 Eigene Befragung .....	18
5.2.1 Dauerzufriedenheitsbefragung stat. Patienten .....	18
5.3 Beschwerdemanagement .....	18
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>19</b>
6.1 Eigene Befragung .....	19
6.1.1 Angehörigenzufriedenheit .....	19
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>20</b>
7.1 Eigene Befragung .....	20
7.1.1 icommit .....	20
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>21</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>10 Operationen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>11 Infektionen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>12 Stürze</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>13 Wundliegen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>21</b>
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	21
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>22</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	22
15.2 Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	23
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b>	

Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.

17 **Weitere Qualitätsmessungen**  
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

**18 Projekte im Detail ..... 24**

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte ..... 24

18.1.1 Prozesskennzahlen ..... 24

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 ..... 24

18.2.1 Diverse ..... 24

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte ..... 24

18.3.1 Fremdassessments nach EFQM..... 24

**19 Schlusswort und Ausblick ..... 25**

**Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot..... 26**

Psychiatrie ..... 26

**Herausgeber ..... 27**

## 1 Einleitung

Im folgenden Bericht zeigen wir Ihnen die Aktivitäten der gesamten Clienia-Privatklinikgruppe auf. Folgende Standorte sind integriert:

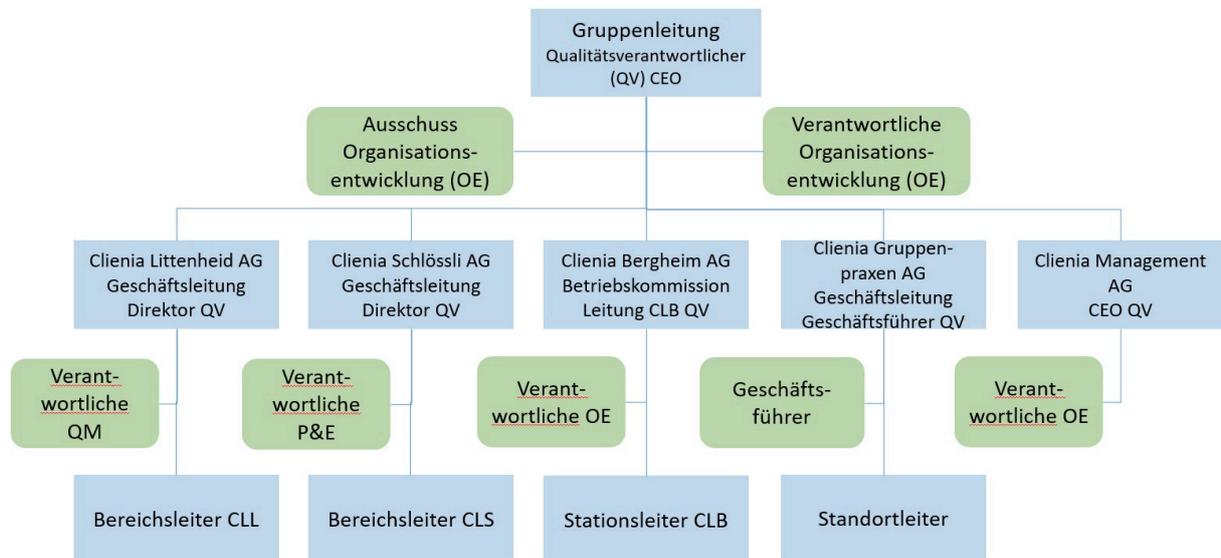
- Clienia Schlössli AG mit der Klinik Schlössli, Psychiatriezentrum Wetzikon / Uster
- Clienia Littenheid AG mit der Klinik Littenheid, Psychiatriezentrum Frauenfeld, Psychiatriezentrum Sirmach, Ambulatorium KSP Winterthur und ZKJF in Amriswil, Kreuzlingen, Frauenfeld
- Clienia Bergheim AG (Langzeitinstitution)
- Clienia Gruppenpraxen AG mit Standorten in Winterthur, Oerlikon, Dietikon, St. Gallen, Männedorf, Uster und Zürich Seefeld

Die Angaben werden knapp gehalten, da ausführliche Informationen in unserem Jahresbericht und Qualitäts- und Kennzahlenbericht 2018 aufgeführt sind. Im zweitgenannten Bericht sind auch Ergebnisse einsehbar. Auch wird der Schwerpunkt im H+ Bericht auf die beiden Akutkliniken gelegt.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement wird durch eine Stabsstelle unterstützt. Die Verantwortung liegt jedoch in der Linie.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **420%** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Susanne Wyss  
Verantwortliche Organisationsentwicklung  
052 234 14 02  
[susanne.wyss@clenia.ch](mailto:susanne.wyss@clenia.ch)

Frau Elsbeth Betschon  
Leiterin Qualitätsmanagement und  
Organisationsentwicklung  
071 929 62 40  
[elsbeth.betschon@clenia.ch](mailto:elsbeth.betschon@clenia.ch)

Herr Stephan Frei  
Bereichsleiter P&E  
044 929 82 57  
[stephan.frei@clenia.ch](mailto:stephan.frei@clenia.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Das Qualitätsmanagement wird als Teil der Organisationsentwicklung verstanden und in der Clenia-Privatklinikgruppe breit gelebt. Die Qualitätsaktivitäten beinhalten dadurch sämtliche normativen, strategischen und operativen Massnahmen, um die Organisation zu befähigen. Eine flexible und professionelle Reaktion auf Veränderungen im relevanten Umfeld ist daher eine Grundanforderung. Qualitäts- und Organisationsentwicklung betreffen sämtliche Führungsebenen und werden tagtäglich im Führungs- und Arbeitsalltag gepflegt. Jeder einzelne Mitarbeitende der Clenia trägt im Rahmen seiner Funktion zur Qualitätssteigerung und somit zur Entwicklung des Unternehmens bei.

Die Organisationsentwicklung und das Qualitätsmanagement haben nachstehende Vision, Mission und Grundsätze, welche sämtliche Aktivitäten leiten. Alles wurde von der übergreifenden Vision, Mission und Leitbild der Gruppe abgeleitet und strategisch abgestützt. Wir setzen dabei auf das EFQM Modell:

#### 1) OE Vision

Die Clenia AG wird als Organisation mit einem hohen Reifegrad ausgezeichnet, weil sie

- die Erwartungen der Interessengruppen erfüllt oder übertrifft,
- langfristig gute Ergebnisse erzielt,
- strategieorientiert und abgestimmt vorgeht sowie konsequent umsetzt,
- schweizweit führend in Psychiatrie und Psychotherapie ist.

#### 2) OE Mission

- Wir unterstützen uns gegenseitig bei der Erfüllung der Bedürfnisse unserer Interessensgruppen (Patienten, Mitarbeitende, Partner) und bei der Erreichung der unternehmerischen Ziele.
- Wir entwickeln unsere Organisation systematisch und kontinuierlich weiter.
- Wir pflegen und leben ein schlankes Managementsystem und ein reifes Prozessmanagement.

3) **Grundsätze** - Qualität als Bestandteil der Organisationsentwicklung betrifft uns alle.

- Wir pflegen in unserem Arbeitsalltag die kontinuierliche Verbesserung.
- Wir orientieren uns am EFQM Modell als übergeordnetes Modell.
- Wir reduzieren Verschwendungen.
- Wir lernen durch aktives Benchmarking.

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

- Das KIS 2.0 wurde eingeführt und ist seit Juli 2018 produktiv
- Die Strategie 2018 - 2023 ist definiert
- Umfassende interne Assessments wurden durchgeführt als Vorbereitung für Fremdassessments
- Prozesskennzahlen sind in Erarbeitung

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

- Das KIS 2.0 ist seit Juli 2018 produktiv und wird weiter verbessert und individuell angepasst.
- Es wurden wiederum verschiedene Kaderworkshops durchgeführt. Dieses Jahr wurden die Workshops jedoch teils auch für alle Mitarbeitenden geöffnet. Besonders beliebt waren die Workshops Crashkurs Psychiatrie und Datenschutz.
- Die Vorbereitung auf Tarpsy war sehr gut und die Abrechnungen konnten zeitnah und professionell erstellt werden.
- Erste Versuche mit digitalisierten Workflows lieferten wichtige Hinweise und dienen der weiteren Entwicklung.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Regelmässige Zuweisendenmessung als Grundlage für wirksame Massnahmen.
- Fremdassessments nach EFQM auf Stufe R4E
- Erstellung eines umfassenden Messkonzeptes für alle relevanten Anspruchsgruppen als Grundlage für zeitnahe Ergebnisse
- Erarbeiten und Nutzen von Prozesskennzahlen
- Vorantreiben und Vertiefen des Lean Management
- Effizientes und effektives Dokumentenmanagement

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:	Clenia Littenheid AG	Clenia Schlössli AG
<i>Psychiatrie</i>		
▪ Erwachsenenpsychiatrie		
– Symptombelastung (Fremdbewertung)	√	√
– Symptombelastung (Selbstbewertung)	√	√
– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	√	√
– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	√	√
▪ Kinder- und Jugendpsychiatrie		
– Symptombelastung (Fremdbewertung)	√	
– Symptombelastung (Selbstbewertung)	√	
– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	√	

#### Bemerkungen

Der BSCL und der HoNOS werden intern zeitnah ausgewertet ohne Risikoadjustierung und zeigen Verläufe.

In Littenheid wird eine Dauerzufriedenheitsmessung für Patienten auf der Erwachsenen- und Jugendstation sowie deren Erziehungsberechtigten

durchgeführt. Diese beinhaltet auch die ANQ Zufriedenheitsfragen und liefert zeitnahe Erkenntnisse.

## 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:		Clienia Littenheid AG	Clienia Schlössli AG
▪ ANQ Vorgaben	✓	✓	✓

### Bemerkungen

Es wird empfohlen die Struktur des H+ Berichtes zu nutzen. Die Clienia erstellt den H+Bericht nebst eines umfassenden Qualitäts- und Kennzahlenbericht im Rahmen des Jahresberichtes.

### 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:		Cllenia Littenheid AG	Cllenia Schlössli AG
<i>Patientenzufriedenheit</i>			
▪ Dauerzufriedenheitsbefragung stat. Patienten		√	
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>			
▪ Angehörigenzufriedenheit		√	
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>			
▪ icommit		√	√

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Lean Management

<b>Ziel</b>	Reduktion von Verschwendung und Erhöhung des Kundennutzen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamte Gruppe
<b>Standorte</b>	Clenia Littenheid AG, Clenia Schlössli AG
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	Lean Management wird als Daueraktivität in der Clenia AG geführt.
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Der Kostendruck wird im Gesundheitswesen stärker. Durch eine weitere Etablierung und Ausbau des Leanmanagement können die Erfahrungen und das Wissen der betroffenen Mitarbeitenden genutzt werden, um Verschwendungen zu reduzieren und Best Practice Vorgehen einzuführen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Wirksamkeit der einzelnen Leanaktivitäten werden zum Teil gemessen.
<b>Weiterführende Unterlagen</b>	Prozess Veränderungen aktiv managen

##### Reife, schlanke Prozesse mit Prozesskennzahlen

<b>Ziel</b>	Professionelles Prozessmanagement
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamte Gruppe
<b>Standorte</b>	Clenia Littenheid AG, Clenia Schlössli AG
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Durch eine weitere Vereinheitlichung von gruppenweiten Prozessen, können Synergien genutzt werden. Die Pflege und Verbesserung der Prozesse muss nicht an jedem Standort erbracht werden, sondern kann durch effiziente Prozessteams übernommen werden. In einem nächsten Schritt wird eine einheitliche Prozesssoftware evaluiert.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das Ziel ist es, Prozesse wenn möglich digital abzubilden und die Mitarbeitenden durch die entsprechenden Hilfsmittel automatisch zu führen. Gleichzeitig zeitnahe Messungen der Prozesskennzahlen erstellen und zur Verfügung zu stellen, um die Prozesse zu steuern.

## Business Excellence (BEX)

<b>Ziel</b>	Business Excellence (BEX)
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamte Gruppe
<b>Standorte</b>	Clenia Littenheid AG, Clenia Schlössli AG
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	dauernd
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Business Excellence soll weiter als Rahmen unserer Aktivitäten genutzt werden. Das EFQM Modell wird immer wieder beigezogen. So dienen interne Assessment zur Evaluation von Verbesserungspotenzialen und der RADAR zum Hinterfragen der gängigen Aktivitäten.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Massnahmen wurden in Littenheid, wie auch im Schlössli geplant und angegangen. Eine Überprüfung der Umsetzung und der Wirksamkeit erfolgt über die Zielüberprüfung und durch Selbst- und Fremdassessments.

### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2012 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

#### Bemerkungen

Die CIRS-Fälle werden an die Linie übergeben, um Massnahmen und deren Kommunikation zu gewährleisten. Die Öffnung der definierten Massnahmen für alle Mitarbeitenden im 2018 wurde gut aufgenommen und hilft, das Thema weiter zu vertiefen.

## 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	Standorte	Kommentare
Business Excellence EFQM	Clenia Littenheid AG	2010	2016	Clenia Littenheid AG	Recognised for excellence 4*
DBT Zertifizierung	Station A2 Klinik Schlössli Stressfolgeerkrankungen und Emotionsregulation mit Behandlungsschwerpunkt DBT	2008	2012	Clenia Littenheid AG	
DBT Zertifizierung	Pünt Nord Klinik Littenheid	2008	2015	Clenia Littenheid AG	
Schematherapie Zertifizierung	Pünt Nord Klinik Littenheid	2013	2013	Clenia Littenheid AG	
Psychotraumatologie Zertifizierung	Station Waldegg A	2011	2016	Clenia Littenheid AG	
Psychotraumatologie	Station Waldegg B	2016	2016	Clenia Littenheid AG	
DBT - A Zertifizierung	ZKJPP, Linde D Klinik Littenheid	2015	2017	Clenia Littenheid AG	Rezertifizierung
Re-Zertifizierung HACCP	Hotellerie/Restauration	2016	2016	Clenia Littenheid AG	
QUALAB / ISO 17020	Labor Kliniken	1995	2015	Alle	
EKAS – H+ Branchenlösung	Clenia Littenheid AG	2010	2015	Clenia Littenheid AG	6 von 6 Punkten
Culinarium	Küche / Gastronomie Littenheid	2009	2018	Clenia Littenheid AG	2 Kronen
Qualikita / ProCert	Kindertagesstätte Littenheid	2013	2017	Clenia Littenheid AG	Rezertifizierung
Business Excellence EFQM	Clenia Schlössli AG	2007	2016	Clenia Schlössli AG	Recognised for excellence 4*
EKAS – H+ Branchenlösung	Clenia Schlössli AG	2009	2014	Clenia Schlössli AG	5 von 6 Punkten
Zertifizierung Palliative Care	Clenia Bergheim AG	2013	2018	Alle	Zwischenevaluation
Rekole Zertifizierung	Clenia Littenheid und Schlössli AG	2018	2018	Alle	

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Die ersten drei Fragen sind identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die letzten drei Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Psychiatrie angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

#### Messergebnisse

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

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

#### Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

Sehr erfreuliche Ergebnisse in beiden Kliniken. Der Rücklauf konnte durch die direkte Abgabe anstatt eines Versandes nach zwei Wochen deutlich gesteigert werden.

#### 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 April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten der Forensik.</li> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Dauerzufriedenheitsbefragung stat. Patienten

Durch diese Messung werden zeitnah Veränderung in der Zufriedenheit festgestellt. Durch relevante Fragen zu unterschiedlichen Themen werden Handlungsfelder deutlich.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 1.7.2017 bis 31.12.2018 am Standort „Clienia Littenheid AG“ durchgeführt.

Es werden sämtliche Patienten > 11 Jahre befragt. Die Kinder- und Jugendlichen mit einem spezifischen Fragebogen für jungen Menschen und die Erwachsenen > 18 Jahre mit einem intern entwickelten Fragebogen. Die Messungen werden als Dauermessungen durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Ergebnisse werden im Qualitäts- und Kennzahlenbericht 2018 aufgezeigt.

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **Clienia AG, Direktion**

KMR Triage

.

KMR / CIRS Triage

.

[www.clenia.ch](http://www.clenia.ch)

Die Kundenmeldungen werden durch eine zentrale Stelle triagiert und von den jeweiligen Betroffenen und deren Vorgesetzten behandelt.

## 6 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 Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

### 6.1 Eigene Befragung

#### 6.1.1 Angehörigenzufriedenheit

Ab 1.9.2016 bis 31.8.2017 wurde die Angehörigenzufriedenheit gemessen. Die Auswertung erfolgt über ein unabhängiges externes Institut.

Die Angehörigen der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden anhand einer internen Dauermessung befragt.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2018 am Standort „Clenia Littenheid AG“ durchgeführt.

Auf allen Stationen des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden intern analysiert und entsprechende Massnahmen abgeleitet.

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 icommit

Die Clienia AG führt alle 3 Jahre eine umfangreiche Befragung ihrer Mitarbeitenden durch. Im 2015 wurde zum ersten Mal die Messung mit icommit durchgeführt, um nationale Benchmark Möglichkeiten zu nutzen. Clienia kann sehr gute Zufriedenheitswerte ausweisen. Im 2018 erfolgte nun die zweite umfassende Messung. Die Ergebnisse wurden in den entsprechenden Bereichen und auf den Stationen besprochen, um Massnahmen abzuleiten.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat Juni an allen Standorten durchgeführt.  
Die gesamte Clienia AG

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden im Qualitäts- und Kennzahlenbericht 2018 der Clienia AG ausgewiesen.

## 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 [www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie).

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

##### Begründung

Die Ergebnisse sind über ANQ einsehbar. Clenia Schlössli AG zeigt keinen signifikanten Unterschied zu den Vergleichskliniken, Clenia Littenheid AG weist signifikant weniger freiheitsbeschränkende Massnahmen aus.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	EFM

## 15 Psychische Symptombelastung

### 15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patienten in der Psychiatrie wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet.

Die Fallführenden wie auch die Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

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

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

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

#### Messergebnisse

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

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

#### Begründung

Die Ergebnisse sind über ANQ einsehbar. Clenia Schössli AG zeigt im BSCL keinen signifikanten Unterschied zu den Vergleichskliniken, Clenia Littenheid AG weist eine signifikant höhere Differenz aus.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

## 15.2 Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten seit Juli 2013 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken), nicht jedoch für 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.

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

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

### 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 [www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie).

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

### Begründung

Die Ergebnisse können bei Bedarf jederzeit bei der Clenia angefordert werden.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) und HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating)

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Prozesskennzahlen

Das Projekt wird an den Standorten „Clienia Littenheid AG“, „Clienia Schlössli AG“ durchgeführt.

Um die patientennahen Prozesse besser steuern und verbessern zu können, ist geplant ein gruppenweites Prozesskennzahlensystem aufzubauen. Sobald die relevanten Indikatoren definiert sind, werden effiziente Erfassungs- und Auswertungsmethoden gesucht und eingeführt. Die Ergebnisse werden den entsprechenden Führungspersonen und Prozesseignern zur Verfügung gestellt.

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

#### 18.2.1 Diverse

Das Projekt wurde an den Standorten „Clienia Littenheid AG“, „Clienia Schlössli AG“ durchgeführt.

Die Clienia Privatlinikgruppe führte einige Projekte durch, welche die Qualität direkt oder indirekt beeinflussen. Sämtliche Aktivitäten werden im PPC (ProjektPortfolioControlling) geführt und durch die Gruppenleitung überwacht. Einzelne Beispiele können im Qualitäts- und Kennzahlenbericht 2018 nachgelesen werden.

### 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

#### 18.3.1 Fremdassessments nach EFQM

Die Zertifizierung wird an den Standorten „Clienia Littenheid AG“, „Clienia Schlössli AG“ durchgeführt.

Nach den beiden Fremdassessment zur Erreichung von R4E \*\*\*\* im 2016, wurden anhand der Assessorenberichte Massnahmen abgeleitet und ergriffen. Geplant sind weitere Fremdassessments im 2019 im ambulanten und Langzeitbereich. Als Vorbereitung nutzt die Clienia AG umfassende interne Assessments. Weitere Fremdassessments werden auf das 2020 geplant.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Es liegt uns am Herzen die Bedürfnisse unserer relevanten Anspruchsgruppen zu erfüllen. Dabei verstehen wir Qualität und Innovation als Optimierungen in den Prozessen, Angeboten, Strukturen und Geschäftsmodellen. Lernen und Verbessern sind dazu die Grundlage. Deshalb pflegen wir auch gerne Kontakte über die Klinikgrenze hinaus. Für Fragen stehen Ihnen gerne die obig genannten Personen zur Verfügung.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Psychiatrie

#### Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose	Clenia Littenheid AG	Clenia Schössli AG
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	√	√
F7	Intelligenzstörungen	√	√
F8	Entwicklungsstörungen	√	√
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	√	√

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:  
H+ Die Spitäler der Schweiz  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

## Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitätern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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