



Clienia Schloessli AG
Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Schloesslistrasse 8
CH-8618 Oetwil am See

Tel. +41 (0)44 929 81 11
Fax +41 (0) 929 84 44

info.schloessli@clenia.ch
www.clenia.ch



Psychiatrie

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

Impressum

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/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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.

Beteiligte Kantone / Gremien



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/h_verband/fachkommissionen



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	2
	B2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011	3
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	5
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	5
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	7
	C1 Angebotsübersicht	7
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011	9
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011	10
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	11
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	11
	C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	12
	C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	13
	C4-4 Personelle Ressourcen	13
	C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011	14
D	Qualitätsmessungen	15
	D1 Zufriedenheitsmessungen	15
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	15
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit	17
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	18
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit	20
	D2 ANQ-Indikatoren	21
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	22
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	23
	D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	24
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ	26
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ	29
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	31
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	31
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	32
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	33
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	34
	D3-5 Dauerkatheter	35
	D3-6 Weiteres Messthema	36
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	37
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	38
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	38
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	38
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte	39
F	Schlusswort und Ausblick	40
G	Anhänge	41

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes 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.

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 und den Bereich "Projekte und Entwicklung". (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**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+ qualitäts-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 Assessoren-team.
- 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.

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

Leanmanagement in der Praxis

Nach dem erfolgreichen Pionier-Projekt im Jahre 2010 haben wir 2011 damit begonnen, die Philosophie und Methoden des Leanmanagements auf drei weitere Stationen, den Empfang und das Patientenbüro auszurollen. Alle fünf Organisationseinheiten wurden dabei eng von internen Lean-Mastern und ihren jeweiligen Führungskräften begleitet. Der Fokus lag primär auch hier auf dem strukturellen Aufbau kontinuierlicher Verbesserungsprozesse, um in letzter Konsequenz mehr Zeit für den Patienten zu generieren und die Qualität der Dienstleistungen zu steigern. Neben den Vielzahligen kleinen Verbesserungen im direkten Arbeitsumfeld wurden im Rahmen von themenbezogenen Blitzkaizens (mehrstündige Workshops zur Erarbeitung einer umsetzbaren Verbesserung) insgesamt sieben prozessuale oder infrastrukturelle Handlungsfelder aktiv angegangen. Als ein Beispiel kann hier auf unsere Zusatzleistung „Internetzugang für Patienten“ verwiesen werden: Die in den Prozess involvierten Mitarbeiter konnten durch eine Anpassung der Abläufe, Zuständigkeiten und Hilfsmittel mit weniger Ressourcen eine höhere Dienstleistungsqualität erzielen (Anwenderfreundlichkeit, niederschwelliger Zugang, patientennaher Support). Aufgrund der neuen Einfachheit des Prozesses konnten die primär koordinativen Aufgaben auf ein absolutes Minimum reduziert werden. Die damit zuvor betraute Mitarbeiterin kann nun ihr Engagement direkt dem Patientenservice zukommen lassen. Zudem machen die steigenden Zahlen an in Anspruch genommener Internetzugänge die verbesserte Kundenorientierung deutlich. Ein anderes Beispiel ist die Einführung von Drogenschnelltests, welche aufgrund einer sorgfältigen Analyse nach Kaizen-Prinzipien erfolgen konnten. Für den Patienten und das Behandlungsteam bedeutet diese Veränderung der Drogentestung, dass nun therapierelevante Ergebnisse innert Minuten vorliegen und darauf basierende Entscheide deutlich schneller getroffen werden können. Die Behandlungsqualität wurde somit erhöht (z.B. Medikamentensicherheit und Beziehungsaufbau). Im 2012 werden wir den Weg des Leanmanagements weiter konsequent beschreiten und es in zehn zusätzlichen Abteilungen resp. Stationen einführen.

Leanleadership

Im Zusammenhang mit dem Prozessmanagement und dem Leanmanagement ist in der Klinik auch ein kultureller Wandel eingetreten. Im Zeichen von Leanleadership kommt dem Vorbildcharakter der Geschäftsleitung und des Kaders höchste Bedeutung zu. Das Leanmanagement-Streben nach umsetzbaren Verbesserungen in kleinen, kontinuierlichen Schritten, die konsequente Fehlerreduktion, kontrollierte Prozesse und erfüllte Kundenanforderungen verlangt nach entsprechenden Strukturen, Aufgaben und Kompetenzen. Sie werden innerhalb der Clenia Schlössli AG so aufgebaut, dass sie sowohl eine stufengerechte als auch eine bereichsübergreifende kontinuierliche Verbesserung ermöglichen. Bei den Führungspersonen bedeutet Leanleadership, dass sie sich für „Lean“ zuständig fühlen, engagiert, aktiv sowie glaubwürdig und dynamisch den Prozess begleiten und umsetzen. Innovationen sind durch Offenheit für Neues und stetiges Streben nach bestmöglichen Therapien und Arbeitsabläufen zu gewährleisten und die Mitarbeiter entsprechend zu befähigen und zu unterstützen. Als Guideline zu Leanleadership wurden folgende Führungsgrundsätze entwickelt:

Patienten, Kunden- und Effizienzorientierung	• Kenntnis und Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten sowie von externen und internen Kunden • Zielerreichung mit wirtschaftlichem Einsatz von Ressourcen
Blick auf Gesamtunternehmung	• Identifikation mit dem Unternehmen und seinen Zielen • Unternehmerisches und professionelles Handeln
Klare Ziele und Aufträge	• Präzises Festlegen und Delegieren von realistischen Zielen, Aufgaben und Terminen sowie Sicherstellen der Umsetzung • Rechtzeitige und transparente Kommunikation nach innen und aussen
Kompetenz- und stufen-gerechte Entscheide	• Erkennen und Setzen von Prioritäten und Ermöglichen von kompetenz- und stufengerechten Handlungsspielräumen • Einbezug des Fachwissens der betroffenen Mitarbeitenden
Kontinuierliche Verbesserung	• Innovation durch Offenheit für Neues und stetiges Streben nach den bestmöglichen Therapien und Arbeitsabläufen • Konstruktiver Umgang mit Fehlern und unterschiedlichen Standpunkten
Mitarbeiterentwicklung	• Fördern der persönlichen wie fachlichen Entwicklung der Mitarbeitenden • Anerkennen von Leistung und Wertschätzung gegenüber Mitarbeitenden
Vorbildliche Führung	• Bewusstsein für die eigene Aufgabe und Verantwortung • Konsequentes, von den Mitarbeitenden wahrnehmbares Umsetzen der Führungsgrundsätze

Integrierte Riskmanagement

Die Bettenbelegung und die Zufriedenheit der Patienten im Jahr 2011 zeigen, dass sowohl unsere Angebote sowie die Qualität unserer Behandlungen und Dienstleistungen den Bedürfnissen unserer Patienten und anderen Kundengruppen entsprochen haben. Damit die Behandlungsqualität und Sicherheit erhalten und weiter verbessert werden kann, müssen alle Beteiligten, Chancen und Risiken kontinuierlich erkennen, analysieren und wirksame Massnahmen umzusetzen.

Aus den aktuellen Risikoberichten wurden folgende Top 3 Chancen-Risikofelder ermittelt:

Externales Risiko:

- Neues Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz

Operative Risiken:

- Verfügbarkeit Fachpersonal
- Hohes Tempo und Komplexität der Prozesse

Um dem externalen Risiko zu begegnen, wurden im Rahmen des Kadertages 2011 „Agieren aus der Stärke“, verschiedene Szenarien von kurz- und mittelfristigen Umsatzeinbrüchen bearbeitet. Der gemeinsam erstellte Massnahmenkatalog zur kurzfristigen Senkung der Fixkosten ist breit akzeptiert und kann in einer möglichen Notfallsituation angewendet werden.

Der Zweite Schwerpunkt des Tages wurde dem operativen Risiko „Mangel an Fachpersonal“ gewidmet. Dabei stand die integrative Personalplanung (Skills- und Grademix) im Zentrum. Es wurden alle Tätigkeiten rund um den Patienten aufgelistet, die notwendigen Kompetenzen zur Ausübung dieser Tätigkeit beschrieben und anschliessend Berufsgruppen zugeordnet, die über die nötigen Skills verfügen. Bewertet wurde die Zuteilung nach Qualitätskriterien, betriebswirtschaftlichen Kriterien (Lohnkosten) und marktwirtschaftlichen Kriterien (Verfügbarkeit auf dem Stellenmarkt). Durch diese Auseinandersetzung wurden das historisch begründete Denken, dass bestimmte Tätigkeiten ausschliesslich durch eine Berufsgruppe abgedeckt werden kann, aufgebrochen.

Das dritte Risiko „Hohes Tempo und Komplexität der Prozesse“ wurde explizit in den Themenfeldern Prozess-, Lean- und Projektmanagement (Projektportfoliocontrolling) sowie Leanleadership bearbeitet.

Zufriedenheitsstudien

- Züpaz (Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit)
- OQ-45 (Outcome Questionnaire 45)
- GAF (Global Assessment of Functioning)
- CGI (Clinical Global Impression Score)
- Zufriedenheitsstudien Hotellerie
- Zufriedenheitsstudien Ausbildung Medizin & Pflege

Führungsausbildung

Neben der bereits bestehenden Ausbildungsreihe, Qualitätsmanagement, Führungsgrundausbildung, Konfliktmanagement, Betriebswirtschaftslehre, wurden 2011 die neu konzipierten Seminare Projektmanagement (Grundlagen der Projektarbeit – „Leben in und mit Projekten“) sowie Mitarbeiterrekrutierung erfolgreich durchgeführt.

Triagestelle

Seit dem 1. April 2011 verfügt unsere Klinik über eine zentrale Triagestelle. Patienten, Stationen, zuweisenden Institutionen sowie niedergelassenen Ärzte und Therapeuten haben damit eine konstante Ansprechstelle erhalten. Damit ist die Sicherstellung einer kompetenten Beratung hinsichtlich unserer Behandlungsmöglichkeiten und/oder Alternativen im Kanton und der Cliona-Gruppe gewährleistet. Die hohe Triage-Qualität und die schlanke administrative Abwicklung des Eintrittsprozesses tragen zur verbesserten Dienstleistung bei.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

Siehe B2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Umsetzung der Massnahmen aus den Erkenntnissen "Recognized for Excellence"
- Reengineering Kunden- und Mitarbeiter-Reaktions- und Vorschlagswesen
- Ausbau Angebot Führungsausbildung
- Performance Management „Stage II“
- Umsetzung Performance Management Controlling
- ANQ-Umfragen
- MIS
- Ausbau ERA (Error & Risk Analysis)

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
☐	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	
	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Markus Rüdisüli	044 929 82 09	markus.ruedisueli@clenia.ch	COO/stv. CEO
Stephan Frei	044 929 82 57	stephan.frei@clenia.ch	Leiter Projekte und Entwicklung

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Clenia Schlössli AG
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
X	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten: Clenia Schlössli AG Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Oetwil am See / Psychiatriezentrum Männedorf / Psychiatriezentrum Uster / Psychiatriezentrum Wetzikon / Ambulatorium Wetzikon Clenia Littenheid AG Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Littenheid Clenia Krisenintervention Schweiz AG Winterthur

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie		
Allgemeine Chirurgie		
Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)		
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)		
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)		
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		
Handchirurgie		
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
☐ Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)		
☐ Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)		
☐ Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)		
☐ Geriatrie (Altersheilkunde)		

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs- netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
☐ Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)		
☐ Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)		
☐ Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)		
☐ Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)		
☐ Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)		
☐ Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)		
☐ Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)		
☐ Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)		
Intensivmedizin		
Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Kinderchirurgie		
Langzeitpflege		
Neurochirurgie		
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)		
Ophthalmologie (Augenheilkunde)		
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)		
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)		
Pädiatrie (Kinderheilkunde)		
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)		
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie		
Psychiatrie und Psychotherapie	Oetwil am See Wetzikon (PZW & ABW) Uster (PZU) Männedorf (PZM)	
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)		
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)		

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung		
Ergotherapie	Oetwil am See Wetzikon Uster Männedorf	
Ernährungsberatung		
Logopädie		
Neuropsychologie	Oetwil am See Wetzikon Uster Männedorf	
Physiotherapie	Oetwil am See	
Psychologie	Oetwil am See Wetzikon Uster Männedorf	
Psychotherapie	Oetwil am See Wetzikon Uster Männedorf	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,			
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			
Anzahl stationär behandelter Patienten,			
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene			
Geleistete Pflegetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Bettenbelegung			

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant	6'962	---	---	---
Tagesklinik	702	52	22.8	---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflegetage
stationär	210	2'550	29.8	76'090

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte, Anzahl Pflgetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient zu interpretieren?

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2011 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflgetage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebote stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- ❶ Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbare, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- ❷ Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.
- ❸ Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, mit **externen Spezialisten** nach Bedarf zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ mit zum Beispiel Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

In anderen Spitälern / Kliniken: Eigene externe Angebote		stationär	ambulant
		☐ ja	☐ ja
		☐ ja	☐ ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)	
	Intensivstation in akutsomatischem Spital	... km	
	Notfall in akutsomatischem Spital	... km	
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet		
GZO Wetzikon Spital Uster Spital Männedorf Höhenklinik Wald	Somatik Somatik Somatik Rehab		

C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)

Welches Angebot bietet eine Klinik für einfachere Behandlungen oder für Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt?

- i** Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation				
Muskuloskelettale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation				
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- i** Spezifische Facharzttitle sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- i** Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von der Pflegetätigkeit in einem akutsomatischen Spital. Deshalb findet sich hier ein Hinweis auf die Anzahl diplomierter, rehaspezifischer Pflegefachkräfte.

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Neurologie	☐ ja	
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Kardiale Rehabilitation	☐ ja	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	☐ ja	
Facharzt Psychiatrie	☐ ja	

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation		

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2011			
Geleistete Pfl egetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Auslastung			

D1 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).

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		Begründung:	
X	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2012
X	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?				
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	stationär	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:		
Messergebnisse der letzten Befragung				
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Gesamter Betrieb	1.56	Zufriedenheitswert konnte gegenüber Vorjahr nochmals gesteigert werden		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
		Hohe durchschnittlich Patientenzufriedenheit (1= sehr zufrieden / 4 = sehr unzufrieden)		
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
X	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon	X Anderes externes Messinstrument			
☐ Picker	Name des Instrumentes	Züpaz	Name des Messinstitutes	SIGNA
☐ PEQ				
☐ MüPF(-27)				
☐ POC(-18)				
☐ PZ Benchmark				
☐ eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Patientenzufriedenheitsmessung mittel standardisiertem Fragebogen			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien	Deutsche Sprache, kognitive Urteilsfähigkeit		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten		26 %	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ 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?	
☐	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
☒	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.
	Bezeichnung der Stelle
	Qualitätsmanagement
	Name der Ansprechperson
	Markus Rüdisüli
	Funktion
	COO/stv. CEO
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)
	044 / 929 82 09 / markus.ruedisueli@clenia.ch
	Bemerkungen
	Generell stehen sämtliche Direktionsmitglieder als Anlaufstelle zur Verfügung.

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Sensibilisierung bei Fragebogenabgabe	Steigerung der Rücklaufquote		
Verbesserung der Info gegenüber den Patienten betr. An-/Abwesenheiten des Personals			
Sensibilisierung Einbezug des Patienten bei Therapiewahl			
Info über Wirkung/Nebenwirkung Medikamente verstärken			

D1-2 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.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
X	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		Begründung: Direkte Betreuung durch Angehörigenkonzept
☐	Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung	
☐	Externes Messinstrument
	Name des Instrumentes
	Name des Messinstitutes
☐	eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instrumentes	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D1-3 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?					
☐	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.				Begründung:
X	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.				
	X	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
	☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	2.6	6er Skala: 1 = top / 6 = sehr unzufrieden
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.		
X Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
X	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	SIGNA
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		Mitarbeiterzufriedenheitsmessung mittels standardisiertem Fragebogen	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	sämtliche Mitarbeiter Clenia Schlössli AG		
	Ausschlusskriterien	keine		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten		47 %	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein X Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Standardisiertes Programm „Einführung neuer Mitarbeiter“			
Ausbau Weiterbildungsangebote			
Erweiterung Angebote Führungsausbildung			
Weiterentwicklung Gesundheitsmanagement			

D1-4 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?				
☐	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.		Begründung:	
X	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
X	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?				
X	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse der letzten Befragung				
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Gesamter Betrieb	2.4	6er Skala: 1 = top / 6 = sehr unzufrieden		
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.				
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).				

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	SIGNA
X	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		Zuweiserzufriedenheitsmessung mittels standardisiertem Fragebogen	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten		28 %	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein ☐ Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Netzwerkarbeit / Einbezug der Zuweiser bei wichtigen Entscheiden			
Prozess Austritt überprüfen/Optimierung Austrittsbericht			
Schaffung einer Triagestelle			

D2 ANQ-Indikatoren

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 ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikatormessungen empfohlen.

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger“, der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für das Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?			
X	Nein, unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		Begründung:
☐	Ja, unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		
☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ¹		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

¹ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
X	Nein, unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		Begründung:
	☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)	
☐	Ja, unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
	☐	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:
	☐	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.			
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BfS ²		
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

² Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BfS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle. SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?				
X	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		Begründung:	
	☐ In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☐	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.			
	☐ Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
	☐ Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl fest-gestellter Wund-infektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
☐ Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
☐ Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
☐ Hernieoperation			% ()	% ()
☐ Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
☐ Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
☐ Herzchirurgie			% ()	% ()
☐ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ()	% ()
☐ Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

³ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Der ANQ hat beschlossen die Ergebnisse der postoperativen Wundinfektionsmessung 2011 in pseudonymisierten Form zu veröffentlichen, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Ausserdem konnte SwissNOSO die Validierung der Daten 2010/2011 bis dato noch nicht vornehmen. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert. Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der postoperativen Wundinfektionsraten 2010/2011 zu verzichten.			
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten⁴, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?		
☒	Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung:
☐	Ja , unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ In Prozent:	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Sturzrate 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten

⁴ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?		
☒	Nein , unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	Begründung:
☐	Ja , unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt		Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
	In Prozent		In Prozent:		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Prävalenzrate von Dekubitus 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.					

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?			
☒	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		Begründung:
☐	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?		0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?		0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?		0 = nie 10 = immer
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Bemerkungen

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung

Zentrales Messinstitut

☐ hcri AG

☐ MECON measure & consult GmbH

Dezentrales Messinstitut

☐ hcri AG

☐ ESOPE

☐ MECON measure & consult GmbH

☐ NPO PLUS

☐ Stevemarco sagl

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten			
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten			Rücklauf in Prozent
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messsthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)		
Was wird gemessen?			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
☐	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten			Anteil in Prozent
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?		
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐ Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011		
☐ Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
☐ Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Befindlichkeitsmessung Eintritt/Austritt - OQ45
Messthema	Differenzmessung Schweregrad der Erkrankung - CGI
Messthema	Funktionsmessung - GAF
Messthema	Differenzmessung der Symptombelastung - AMDP
Messthema	Zufriedenheitsstudie Hotellerie
Messthema	Benchmarking Pflegpraktika & Fachmann/-frau Gesundheit
Messthema	Evaluation für Assistenzärzte, Beurteilung der Weiterbildung durch die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte
Messthema	CIRS Report
Messthema	offene Türen
Messthema	Risk Report

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch		
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch		
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch		
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGL Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch		
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch		
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch		
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch		
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch		
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch		
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch		
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch		
Überregionale Krebs-register	B:Name der Fachgesellschaft		
Bemerkung			

⁵ Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
ganzer Betrieb	EFQM			
DBT	DBT Station	2008	2010	
ISO 17020/Qualab	Labor	2005	2011	jährlich

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
EFQM	PDCA / Excellence	Gesamtklinik	laufend
Integriertes Riskmanagement	Umgang mit Chancen und Risiken im Unternehmen	Gesamtklinik	laufend
CIRS	Riskminimierung	Gesamtklinik	laufend
IKS	Riskminimierung	Gesamtklinik	laufend
Führungsausbildung	Kompetenz-Steigerung, Know-How Erweiterung	Gesamtklinik	laufend
Prozessmanagement / Prozessmanagementcontrolling	Standardisierte Prozesse und deren laufende Überprüfung und Anpassung	Gesamtklinik	laufend
Leanmanagement	Steigerung der Produktivität durch optimierte Prozesse und somit mehr Zeit für Patienten und Angehörige	Gesamtklinik	2010-2014
Menübestellsystem	Optimaler Horizontalprozess Küche/Pflege, Steigerung int. und ext. Kundenzufriedenheit	Gesamtklinik	2010-2012
Projekte 2012 & ff siehe B4			

E3 **Ausgewählte Qualitätsprojekte**

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitel		
Bereich	X internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Leanleadership ist klinikweit eingeführt und wird aktiv gelebt	
Beschreibung	siehe B2 „Leanleadership“	
Projektablauf / Methodik	Projektmanagement	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? X Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	sämtliche	
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen	Auskunft auf Anfrage (M. Rüdüsüli)	

„**gesucht – gefunden**“ die Dachidee der Clenia Gruppe kam 2011 auch im Qualitätsmanagement der Clenia Schössli AG voll zum Tragen. Im Fokus von EFQM und den entsprechenden Qualitätsanforderungen an eine moderne Klinik suchen wir in unserem Betrieb täglich nach Verbesserungs- und Optimierungspotential, Innovationen und Ideen zur Dienstleistungsverbesserung. Dem PDCA-Prozess (plan, do, check, act) kommt dabei eine grosse Bedeutung zu. CIRS, Riskmanagement, Selfassessment nach EFQM, diverse Zufriedenheitsstudien sowie Lean-, Prozess- und Performance-management sind nur eine Auswahl von Methoden, Techniken und Tools, die uns helfen, das Gefundene auch wirksam, koordiniert und nachhaltig mit entsprechenden Qualitätsprojekten und -aktivitäten umzusetzen.

Das **gesuchte** Potential haben wir im 2011 vor allem in den Bereichen Zuweisermanagement, Mitarbeiterförderung, Stärkung der Managementkompetenz, Prozessvereinfachung und Effizienzsteigerung sowie Innovationen **gefunden**.

Qualitätspolitik Clenia Schlössli 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 Mitarbeiter-beurteilungssystem. 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, praxis-bezogenen 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 Wissensdreh-scheibe 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.

Führungsgrundsätze Clienia Schlössli im Detail

Patienten, Kunden- und Effizienzorientierung	• Kenntnis und Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten sowie von externen und internen Kunden • Zielerreichung mit wirtschaftlichem Einsatz von Ressourcen
Blick auf Gesamt- unternehmung	• Identifikation mit dem Unternehmen und seinen Zielen • Unternehmerisches und professionelles Handeln
Klare Ziele und Aufträge	• Präzises Festlegen und Delegieren von realistischen Zielen, Aufgaben und Terminen sowie Sicherstellen der Umsetzung • Rechtzeitige und transparente Kommunikation nach innen und aussen
Kompetenz- und stufen-gerechte Entscheide	• Erkennen und Setzen von Prioritäten und Ermöglichen von kompetenz- und stufengerechten Handlungsspielräumen • Einbezug des Fachwissens der betroffenen Mitarbeitenden
Kontinuierliche Verbesserung	• Innovation durch Offenheit für Neues und stetiges Streben nach den bestmöglichen Therapien und Arbeitsabläufen • Konstruktiver Umgang mit Fehlern und unterschiedlichen Standpunkten
Mitarbeiter- entwicklung	• Fördern der persönlichen wie fachlichen Entwicklung der Mitarbeitenden • Anerkennen von Leistung und Wertschätzung gegenüber Mitarbeitenden
Vorbildliche Führung	• Bewusstsein für die eigene Aufgabe und Verantwortung • Konsequentes, von den Mitarbeitenden wahrnehmbares Umsetzen der Führungsgrundsätze

2009 © Clienia Schlössli AG

4