



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

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

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



Psychiatrie

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

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

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010.....	6
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement.....	7
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot.....	8
C1	Angebotsübersicht.....	8
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2010	10
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2010	11
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2010.....	12
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	12
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz.....	13
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation).....	14
C4-4	Personelle Ressourcen.....	14
C5	Kennzahlen Langzeitpflege 2010	15
D	Qualitätsmessungen	16
D1	Zufriedenheitsmessungen	16
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	16
D1-2	Angehörigenzufriedenheit.....	18
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	19
D1-4	Zuweiserzufriedenheit.....	20
D2	ANQ-Indikatoren.....	21
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape.....	21
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	22
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO	23
D2-4	Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)	24
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010	25
D3-1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	25
D3-2	Stürze.....	25
D3-3	Dekubitus (Wundliegen).....	26
D3-4	Freiheitseinschränkende Massnahmen	26
D3-5	Dauerkatheter	27
D3-6	Weiteres Messthema	27
D4	Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	28
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte.....	29
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	29
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte.....	29
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	30
F	Schlusswort und Ausblick	31
G	Impressum	32
H	Anhänge.....	33

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.

A

Einleitung

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 Schössli 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 neu geschaffenen 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 Clienia-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 Clienia-Gruppe nimmt eine aktive und führende Rolle in nationalen und kantonalen Qualitätsprojekten wahr und berücksichtigt die Vorgaben des H+ qualité-Labels.
- In der praktischen Arbeit geben die Qualitäts-Standards für die stationäre Psychiatrie der Schweizerischen Vereinigung psychiatrischer Chefärzte Handlungsanweisung. Insgesamt sind neun Standards definiert. Fünf haben die Behandlung zum Gegenstand, weitere vier unterstützende Prozesse.
- Regelmässige Zufriedenheitsstudien mit denselben Instrumenten bei Patienten, Angehörigen, Zuweisern und Mitarbeitern bilden die Eckpfeiler für die kontinuierliche Verbesserung unserer Dienstleistungen und Angebote. Aufgrund des erkannten Verbesserungspotentials dieser Umfragen werden Massnahmen getroffen und ergebnisfokussiert umgesetzt.
- Ein internes Benchmarking dient dazu, Verbesserungspotenzial konsequent zu erkennen und auszuschöpfen. Benchmarking erfolgt in ausgewählten Themen auch mit Dritten.
- Ein gruppenweites Projektportfoliocontrolling dient dazu, die Zielerreichung von Projekten, Massnahmen und Ressourcen konsequent zu steuern und zu überwachen.
- Wir messen regelmässig die Zielerreichung unserer Mitarbeiter mit einem Mitarbeiterbeurteilungssystem. Ebenso werden definierte Finanz- und Leistungszahlen sowie Resultate aus weiteren Bereichen wie Kunden, Mitarbeiter, Marketing, Prozesse und Innovation gemessen. Daraus werden Entwicklungsschritte geplant und realisiert.
- Die Betriebe der Clienia-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

Mit der Einführung des klinikweiten Prozessmanagements haben wir bereits in der Vergangenheit die Grundlage zur kontinuierlichen und strukturierten Verbesserung unserer Arbeitsabläufe gelegt. „Verbesserung“ heisst in diesem Zusammenhang für uns, die Zeit für und mit den Patienten bei gleich bleibendem Ressourceneinsatz qualitativ und quantitativ zu erhöhen. Hierbei helfen uns auch die Prinzipien und Vorgehensweisen des Leanmanagements: Mittels der Einführung von Kaizenboards auf zwei Pionierstationen (je eine Akutstation Alterspsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie) sowie ausführlicher Wertstromanalysen konnten wir auf der einen Seite eine Methode etablieren, welche die Mitarbeitenden dazu befähigt und ermächtigt, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in ihrem unmittelbaren Arbeitsalltag aufrechtzuerhalten und auf der anderen Seite stationsübergreifende Themen inter-disziplinär zu restrukturieren. So wurden auf den beiden Pionierstationen die Aufnahmeprozesse patientenorientierter und transparenter gestaltet und umgesetzt.

Zuweiserbefragung

Nebst den Qualitätsstudien "Züpaz" (Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit), der OQ-45 Befragung (Outcome Questionnaire 45), dem GAF (Global Assessment of Functioning) und dem CGI (Clinical Global Impression Score) sowie diversen anderen spezifischen Zufriedenheitsstudien in den Bereichen Hotellerie, Ausbildung, Medizin und Pflege haben wir im 2010 den Hauptfokus auf die Durchführung der Zuweiserbefragung in der Privatklinik Schlössli sowie in den ambulanten Zentren Wetzikon, Uster und Männedorf gelegt.

Der Fragebogen wurde an 419 Zuweiser versandt. Mit einem Rücklauf von 117 Fragebogen (28 Prozent) erreichten wir eine zufriedenstellende Beteiligung. Knapp ein Drittel der ausgefüllten Fragebogen stammt von Hausärzten, die Hälfte aller Ergebnisse steuerten niedergelassene Psychiater bei. 107 Zuweiser weisen mehr als zwei Patienten pro Jahr zu. 41 Prozent der Patienten kommen auf eigenen Wunsch zu uns. Die Zuweiser wählen die Clenia Schlössli AG auf Grund des Behandlungsangebotes, der geographischen Nähe zum Wohnort des Patienten und der regionalen Zuständigkeit für ihre Patienten.

Die Resultate weisen gegenüber den letzten Befragungen durchwegs positivere Resultate aus. Das Angebots-Spektrum der Clenia Schlössli AG, das Zuweisungsverfahren, die Fachkompetenz und die Zusammenarbeit wurden als besonders gut beurteilt. In einigen Bereichen zeigt die Auswertung aber auch Optimierungspotential. Entsprechende Massnahmen wie zum Beispiel der verbesserte Einbezug der Zuweiser in die Behandlung oder die schnellere Zustellung des Austrittsberichtes sowie verstärkte Netzwerkarbeit werden im Jahr 2011 umgesetzt.

Angehörigenarbeit

Viele Angehörige von Menschen mit psychischen Störungen sind vor, während und nach einer Hospitalisation eines Familienmitgliedes grossen Belastungen ausgesetzt und benötigen professionelle Unterstützung. Das im Vorjahr gestartete und im Berichtsjahr definitiv eingeführte Konzept "Angehörigenarbeit" beinhaltet einen standardisierten, aktiven Miteinbezug der Angehörigen in den Behandlungsprozess, aber auch, sofern gewünscht, patientenunabhängige Beratung und Informationsvermittlung.

Führungsausbildung/Performance Management

Als weiterer ergänzender Baustein der seit mehreren Jahren laufenden Führungsausbildung wurde der im 2009 konzeptionierte Fortbildungskurs in Betriebswirtschaftslehre durchgeführt. Er vermittelte 45 Kaderpersonen in konzentrierter Form einen umfassenden Überblick über alle betriebswirtschaftlichen Themen, die im Klinikalltag wichtig sind. Der Kurs ermöglicht es den Teilnehmern, in betriebswirtschaftlichen Fragen kompetent mitzureden und ihren Mitarbeitenden betriebswirtschaftliche Zusammenhänge anschaulich zu erklären. Ergänzend wurden alle Kaderstufen im neu strukturierten Beurteilungsinstrument ZOMAG (Zielorientiertes Mitarbeitergespräch) geschult. Auch wurden neue Seminar-Konzepte zu den Themen "Rekrutierung" und "Projektmanagement" erarbeitet.

Integriertes Riskmanagement

2010 wurde bereits zum dritten Mal der Risikobericht der Clenia Privatklinik Schlössli auf Grundlage des in der ISO 31000 Norm definierten Risk-Managementprozesses erstellt. Durch diesen kontinuierlichen Prozess konnten wir die Wirksamkeit unserer Massnahmen zur Risikoreduktion bewerten und in die neue Massnahmenplanung für 2011 integrieren. Der Rückblick zeigt, dass wir nicht nur unsere Chancen und Risiken kennen, sondern auch, dass die bereits im 2009 / 2010 eingeleiteten Massnahmen ihre Wirkung zeigen. So konnten beispielsweise die interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit sowie die Bewältigung von Personalengpässen in der Pflege verbessert werden. Hierbei spielt die Integration von FaGe's (Fachangestellte Gesundheit) auf den Stationen eine zentrale Rolle. Unverändert geblieben ist das Risiko des hohen Tempos und der Komplexität der Prozesse. Die Personalsituation bei den Assistenzärzten hat sich noch verschärft. Mit der fortschreitenden Spezialisierung unserer Klinik steigt generell die Schwierigkeit, genügend Mitarbeiter mit dem nötigen Fachwissen zu rekrutieren. Gemeinsam mit der Stiftung für Patientensicherheit lassen wir zusätzlich eine Expertengruppe zur systematischen Analyse von Behandlungszwischenfällen ausbilden.

Bereich Projekte und Entwicklung

Durch die organisatorische und räumliche Zusammenlegung von Stabstellen aus Medizin und Pflege wurde der neue Bereich „Projekte und Entwicklung“ (P&E) geschaffen.

Inzwischen wird das Team in seiner Funktion als „Expresswerkstatt“ und „Drehscheibe“ zunehmend von Mitarbeitern aller Hierarchiestufen und Berufsgruppen mit vorwiegend organisatorischen Fragestellungen zum Kerngeschäft in Anspruch genommen. Ebenso ist P&E die Anlaufstelle für fachliche Unterstützung in Total-Quality-Management-Belangen; hier stehen insbesondere Themen des Prozess- und Lean- sowie Projektmanagements im Zentrum. Moderationen von diversen Arbeitsgruppen, Innovationsmanagement sowie Coaching und Consulting runden das Angebot ab.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

siehe B2 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Umsetzung der Massnahmen aus den Erkenntnissen "Recognized for Excellence"
- Unternehmensweite Implementation Leanmanagement
- Lean- Leadership
- Reengineering Kunden- und Mitarbeiter-Reaktions- und Vorschlagswesen
- Ausbau Angebot Führungsausbildung
- Umsetzung Performance Management Controlling
- Launch Zentrale Triagestelle und Aufbau Zuweiser CRM
- Implementation Menübestellsystem
- ANQ-Umfragen

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

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

B6 *Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement*

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

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

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 <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>		
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>		
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>		
Medizinische Genetik <i>(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)</i>		
Handchirurgie		
Herz- und thorakale Gefässchirurgie <i>(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)</i>		
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden Spezialisierungen (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):		
<input type="checkbox"/> Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)</i>		
<input type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>		
<input type="checkbox"/> Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>		
<input type="checkbox"/> Geriatrie <i>(Altersheilkunde)</i>		

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input type="checkbox"/> Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blut bildenden Organe und des Lymphsystems)</i>		
<input type="checkbox"/> Hepatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i>		
<input type="checkbox"/> Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>		
<input type="checkbox"/> Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)</i>		
<input type="checkbox"/> Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>		
<input type="checkbox"/> Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>		
<input type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>		
<input type="checkbox"/> Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>		
Intensivmedizin		
Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Kinderchirurgie		
Langzeitpflege		
Neurochirurgie		
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>		
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>		
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>		
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>		
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>		
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i>		
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie		
Psychiatrie und Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Oetwil am See - Wetzikon (PZW & ABW) - Uster (PZU) - Männedorf (PZM) 	
Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>		
Tropen- und Reisemedizin		
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>		

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 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelte Patienten,			
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			
Anzahl stationär behandelte Patienten,			
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene			
Geleistete Pflgetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Bettenbelegung			

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2010

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden	
ambulant	6771 (39689 Konsultationen)	---	---	---
Tagesklinik	594 (15400 Behandlungstage)	52	36.7 (Tage)	---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelte Patienten	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	geleistete Pflage tage
stationär	210	2440	31.3	75803

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2010

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte und Anzahl Pflgetage zu interpretieren?

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2010 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patientinnen und Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patientinnen und 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.

Angebote stationäre Fachbereiche	An den Standorten	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?

- i Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen und ihre Infrastruktur auch** extern anbieten, dies z. Bsp. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patientinnen und Patienten, da eine unmittelbarere, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- i 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.
- i 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
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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		
	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 Fälle	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 Facharztstitel 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 Pflege Tätigkeit 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	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Neurologie	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Pulmonale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Kardiale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	<input type="checkbox"/> ja	
Facharzt Psychiatrie	<input type="checkbox"/> ja	

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation		

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.2010			
Geleistete Pflgetage			
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen			
Durchschnittliche Auslastung			

D

Qualitätsmessungen

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 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. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	1.6	gegenüber Vorjahr durchschnittliche Verbesserung = 0.3 Punkte
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
		hohe durchschnittliche Patientenzufriedenheit (1 = sehr zufrieden / 4 = sehr unzufrieden)
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/> Mecon	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes	Züpaz	Name des Messinstitutes	SIGNA
<input type="checkbox"/> VO: PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Patientenzufriedenheitsmessung mittels standardisiertem Fragebogen			
Einschlusskriterien				
Ausschlusskriterien	Deutsche Sprache, kognitive Urteilsfähigkeit			
Rücklauf in Prozenten	29 %	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:
Bezeichnung der Stelle	Qualitätsmanagement
Name der Ansprechperson	Markus Rüdüsüli
Funktion	COO/stv. CEO
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	044 / 929 82 09 , markus.ruedisueli@clienia.ch
Bemerkungen	generell stehen sämtliche Direktionsmitglieder als Anlaufstelle zur Verfügung

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?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes		
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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?				
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2009	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.			

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	SIGNA
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instrumentes	Mitarbeiterzufriedenheitsmessung mittels standardisiertem Fragebogen	
	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
	Rücklauf in Prozenten	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

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?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Zuweiserzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
		siehe B2 Zuweiserbefragung
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	SIGNA	
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument			
	Beschreibung des Instrumentes	Zuweiserzufriedenheitsmessung mittels standardisiertem Fragebogen		
	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien			
	Rücklauf in Prozenten	28 %	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

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 Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 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

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen 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 Spital-Austritts. 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 wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Anzahl Austritte im Jahr 2010	Anzahl Wiedereintritte im Jahr 2010	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Rehospitalisationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		

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. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.
Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
<input checked="" type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: <input type="text"/>	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse			
Anzahl Operationen im Jahr 2010	Anzahl Reoperationen im Jahr 2010	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Reoperationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .			

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

Die Infektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
<input checked="" type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.		

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

Messergebnisse					
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen	Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen	Infektions-rate Spital / Klinik	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ¹	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung				3.9%	
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung				4.5%	
<input type="checkbox"/> Hernieoperation				1.1%	
<input type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)				12.7%	
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)				1.9%	
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<i>Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.</i>				
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
<input type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					

<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

¹ Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.

Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

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

Messergebnisse Medizinische Abteilungen	Wert	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung			
Beurteilung der pflegerischen Versorgung			
Beurteilung der Organisation			
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb haben wir keine medizinischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

Messergebnisse Chirurgische Abteilungen	Wert	Schweizer Durchschnitt ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung			
Beurteilung der pflegerischen Versorgung			
Beurteilung der Organisation			
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb haben wir keine chirurgischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
--------------------------	---

² Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Spitäler, die sich 2009 an der PEQ-Messung des ANQs beteiligt haben. Die Werte wurden im März 2011 durch den ANQ veröffentlicht.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)		
Was wird gemessen?			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze		
Was wird gemessen?			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)	
Was wird gemessen?		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .	
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitseinschränkende 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 2010 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .	
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter	
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .	
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

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	Stufenplanstudie
Messthema	Zufriedenheitsmessung Verwaltung
Messthema	CIRS Report

Messthema	offene Türen
-----------	--------------

Messthema	Risk Report
-----------	-------------

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Bemerkungen			

Legende:

- ¹ A=Ganzer Betrieb, übergreifend
 B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
 C=einzelne Abteilung
- ² A=Fachgesellschaft
 B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
 C=betriebseigenes System
- ³ A=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
 B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2010
 C=Einführung im Berichtsjahr 2010

E

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	2010	jährlich

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: 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
Angehörigenarbeit	optimale Angehörigenbetreuung	Gesamtklinik	2008-2010
Integration FAGE	Skills Grademix	Gesamtklinik	2008-2010
Performance Management (Konzeption & Umsetzung Teil-/Folgeprojekte)	Vereinheitlichte Prozesse und aufeinander abgestimmte Instrumente in allen für das Unternehmen relevanten, personalwirtschaftlichen Belangen	Gesamtklinik	2008-2010
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	2010-2011
Projekte 2011 & ff siehe B4			

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Performance Management	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	<ul style="list-style-type: none"> • vereinheitlichte Prozesse und aufeinander abgestimmte Instrumente in allen für das Unternehmen relevanten, personalwirtschaftlichen Belangen; kompatibel mit dem EFQM Qualitätsmanagementsystem • grösserer Wirkungsgrad von Personalmanagement- & Personalführungsaufgaben bei gleichzeitig kleinerem operativem und administrativem Aufwand sowohl für die Personalfachleute wie auch für die Führungskräfte • verbessert Entscheidungsgrundlagen hinsichtlich stellenspezifischer Förder- und Entwicklungsmassnahmen wie auch bezüglich Laufbahn- und Karriereplanung (Personalportfolio) • verbesserte Mitarbeiterloyalität durch integrierte HR-Prozesse und Instrumente für das Image als Arbeitgeberorganisation in den relevanten Arbeitsmärkten • konsequentere Mitarbeiterführung und damit glaubhaftes Management • Lohnsummen neutrales Anreizsystem, mit dem das erwartete Mitarbeiterverhalten und die Mitarbeiterleistung angemessen kompensiert werden können • Grundlagen für ein modernes, proaktives Personalcontrolling 	
Beschreibung	Planung, Konzeption und Umsetzung eines IT-unterstützten Performance Managements in der Clenia Schlössli AG (stationär und ambulant), das die Anforderungen an eine zeitgemässe Personalführung (operativ) und ein zukunftsgerechtes Personalmanagement (strategisch) abdeckt und das wirkungsvoll und mit einem guten Kosten-/ Nutzenverhältnis alle personalwirtschaftlichen Zielsetzungen erfüllt.	
Projekttablauf / Methodik	klassisches Projektmanagement / Projektauftrag, Phasenziele, etc.	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	sämtliche	
Projektelevaluation / Konsequenzen	siehe Ziele	
Weiterführende Unterlagen	Auskunft auf Anfrage (M. Rüdüsili)	

F

Schlusswort und Ausblick

Quality is a race without a finish line - Dass der Weg zu "Excellence" unter dem Gesichtspunkt von Total Quality Management sehr vielschichtig ist, widerspiegelt sich in der Projektbreite sowie der Vielfalt der laufenden und geplanten Aktivitäten der Clenia Schössli AG. Für das Jahr 2011 werden die Themen Weiterentwicklung Leanmanagement (Rollout Gesamtklinik) sowie Lean Leadership ganz bewusst eine zentrale Rolle spielen. Damit soll ein klares und gemeinsam getragenes Verständnis über den angestrebten Zielzustand erreicht werden, eine schlagkräftige Organisation mit entsprechender Prozesslandschaft und Systemwelt soll sich weiterentwickeln. Der ständige Ausbau des IRM (Integrales Riskmanagement) sowie des Performance Managements, u.a. mit neuen Modulen in der Führungsausbildung, werden weitere Eckpfeiler sein. Damit soll sichergestellt werden, dass durch eine motivierte und engagierte Mitarbeiter- und Kaderbasis qualitativ hoch stehende Dienstleistungen mit einem spürbaren, nachhaltigen Mehrwert für unsere Kunden erzielt werden.

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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

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

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitätern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Handbuch H+qualité® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Q**ualitätsmonitoring **B**asel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualité® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen.

Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch <http://www.anq.ch>

Qualitätspolitik Clenia Schössli AG

Patienten

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

Mitarbeiter

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

Partner

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

Dienstleistung

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

Wirtschaftlichkeit

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

Qualitätsstrategie der Clenia-Gruppe

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

Die Clenia-Gruppe ist Mitglied bei:

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

Clenia-Risikopolitik (Integriertes Riskmanagement IRM)

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

Ziele

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

Durch das Integrierte Riskmanagement sollen folgende Ziele verfolgt werden:

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

Grundsätze

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

Leitbild der Clenia-Gruppe

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

Die 9 Schlüsselwerte Umgangskultur Clenia Schlössli AG

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

Führungsgrundsätze Clenia Schlössli im Detail

Patienten, Kunden- und Effizienzorientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnis und Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten sowie von externen und internen Kunden • Zielerreichung mit wirtschaftlichem Einsatz von Ressourcen
Blick auf Gesamtunternehmung	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation mit dem Unternehmen und seinen Zielen • Unternehmerisches und professionelles Handeln
Klare Ziele und Aufträge	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen und Setzen von Prioritäten und Ermöglichen von kompetenz- und stufengerechten Handlungsspielräumen • Einbezug des Fachwissens der betroffenen Mitarbeitenden
Kontinuierliche Verbesserung	<ul style="list-style-type: none"> • Innovation durch Offenheit für Neues und stetiges Streben nach den bestmöglichen Therapien und Arbeitsabläufen • Konstruktiver Umgang mit Fehlern und unterschiedlichen Standpunkten
Mitarbeiterentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Fördern der persönlichen wie fachlichen Entwicklung der Mitarbeitenden • Anerkennen von Leistung und Wertschätzung gegenüber Mitarbeitenden
Vorbildliche Führung	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusstsein für die eigene Aufgabe und Verantwortung • Konsequentes, von den Mitarbeitenden wahrnehmbares Umsetzen der Führungsgrundsätze