



Clenia Privatklinik Littenheid
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
9573 Littenheid

Tel. +41 (0)71 929 60 60
Fax +41 (0)71 929 60 30
info.littenheid@clenia.ch
www.clenia.ch



Psychiatrie

Qualitätsbericht 2009

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



A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	4
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	4
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	5
C2	Kennzahlen Psychiatrie	5
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	6
D1	Zufriedenheitsmessungen	6
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	6
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	7
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	7
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	8
D2	ANQ-Indikatoren	9
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	9
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	9
D5	KIQ-Pilotprojekte	10
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	10
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	11
E2	Weitere Qualitätsindikatoren	11
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings	11
F	Verbesserungsaktivitäten	12
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	12
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	12
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	12
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	13
G	Schlusswort und Ausblick	14
H	Impressum	15
I	Anhänge	16

Die Clenia Littenheid AG bildet zusammen mit der Clenia Schlössli AG, 8618 Oetwil die Clenia Holding. Eine umfassende psychiatrische und psychotherapeutische Kompetenz bildet den stabilen Hintergrund spezialisierter Verfahren zur Krisenbewältigung und störungsspezifischer Behandlung für die Akut- und Alterspsychiatrie, die Jugendpsychiatrie und stationäre Psychotherapie.

Die Clenia Littenheid bietet 223 Patienten sowie 12 Tagesklinikpatienten Behandlungskonzepte für Personen ab 12 Jahren in akuten Phasen psychischer Erkrankungen zur Krisenintervention, Abklärung und Behandlung sowie einer Einleitung rehabilitativer Massnahmen an. Schwerpunktstationen mit störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlungskonzepten (Depression, Burn-out, Borderline, Essstörungen, Angst- und Zwangserkrankungen) und Privatstationen ergänzen das breite Angebot. Falls von den Patienten gewünscht, wird Wert auf den Einbezug der Angehörigen in den therapeutischen Prozess gelegt. Ein Aufnahme- und Notfalldienst ist rund um die Uhr gewährleistet.

Das Qualitätsmanagement der Clenia Littenheid orientiert sich Business Excellence (EFQM) Basis dazu bilden das EFQM-Modell 2010 inkl. der Grundkonzepte und die Qualitätsstrategie der Clenia-Gruppe. In geregelten Rhythmus messen wir die Patienten-, Mitarbeiter- und Zuweiserzufriedenheit. Ein Aufnahme- und Notfalldienst ist rund um die Uhr gewährleistet.

Weitere Informationen wie auch der Jahresbericht 2009 sind auf www.clenia.ch zu finden.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

In den Unternehmensgrundsätzen der Clenia-Gruppe sind die Qualitätsstrategie und die Strategieziele explizit in einem eigenen Abschnitt erwähnt und festgelegt. In den strategischen Zielsetzungen (Zeithorizont 5 Jahre) ist nachzulesen, dass die Klinik jährlich mehrere Innovations- und Qualitätsprojekte in den Bereichen Angebot, Qualität, Prozesse, Infrastruktur, etc. erfolgreich durchführt.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Im Berichtsjahr wurden verschiedene Projekte an diverse Projektteams in Auftrag gegeben. Im Zentrum standen die OE-Entwicklung als Prozess, der Aufbau eines Projektmanagements, ein neues Konzept für die Einführung neuer Mitarbeiter, die Neuorientierung des jugendpsychiatrischen Bereichs, die Erarbeitung eines Konzepts für die im 2010 zu eröffnende Privatstation, die Schaffung eines Risikomanagements sowie mehrere IT-Projekte.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

Ein neues Leitbild welches von einem grösseren Projektteam der beiden Kliniken Clenia Schlössli und Clenia Littenheid konnte erfolgreich aus der Taufe gehoben werden. Ebenfalls wurde ein Marketingkonzept auf Gruppenebene realisiert.
Der Aufbau des DBT-Behandlungsschwerpunkts (Dialektische-Behaviorale Therapie) konnte erfolgreich umgesetzt und zertifiziert werden.
Auch die Zertifizierung "Culinarium" (Bezug der Lebensmittel aus der Region) konnte erfolgreich weitergeführt werden.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Im Vordergrund für das 2010 ist die erfolgreiche Validation zum Committed to Excellence (EFQM). Bei den Qualitätsprojekten wird die Einführung des Prozessmanagements und des CIRS auf der Gesamtklinikebene im Vordergrund stehen.

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, nämlich:

Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt 80 Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant	1437	---	---	---
Tagesklinik	59	12		---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflgetage
stationär	223	1 175	62,5	73469
Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht		☒ ja	☐ nein	☐ teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☒	Ja . Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2008
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		Nächste Messung: 2011

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		(MüPF) Kann nicht mit einem %-Wert beziffert werden. Auf einer Skala von 1 – 7 (wobei 7 der Bestwert ist wurden zusammenfassend folgende Werte erzielt: Aufnahme (5.8 – 6.1) Information, Einbezug (4.9 – 5.8) Therapie (5.4 – 5.9) Zusammenarbeit mit therapeutischen Fachpersonal (5.7 – 6.1) Austritt (5.2 – 6.0) Aufenthalt in der Klinik (5.5 – 6.1) Gesamturteil (6.0 – 7.0). Es darf festgehalten werden, dass die Patienten mehrheitlich zufrieden bis sehr zufrieden waren.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ Mecon	☐ Anderes externes Messinstrument		
☐ Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
☐ VO: PEQ			
☐ MüPF(-27)			
☐ POC(-18)			
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
☐	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☒	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
☒	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		(Signa) Kann nicht mit einem %-Wert beziffert werden. Auf einer Skala von 1 – 6 (wobei 1 der Bestwert ist) wurden zusammenfassend folgende Werte erzielt: Information / Kommunikation (2.3 – 2.5) Identifikation (1.4 – 2.3) Vorgesetztenverhalten (1.8 – 2.3) Zusammenarbeit (1.6 – 3.4) Entwicklungsmöglichkeit (2.6 – 2.7) Arbeitsbedingungen (2.0 – 2.7) Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation (1.6 – 3.0) Betriebliche Leistungen (1.6 – 3.1) Es darf festgehalten werden, dass die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu den meisten Fragen hoch bis sehr hoch waren.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		

Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?	☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:	

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☒	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2005
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	Nächste Messung:	2010

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☒	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	89,6	Mecon
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

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

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?	☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:	

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?			
☒	Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☐	Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
☐	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Bemerkungen			

Legende:

¹ A=Ganzer Betrieb, übergreifend

B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.

C=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 2009

C=Einführung im Berichtsjahr 2009

D5 KIQ-Pilotprojekte



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

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

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
☒ ja	Gewählte Messvariante: ☒ Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen ☒ Symptombelastung, Lebensqualität ☒ Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
☐ nein	



Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

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

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

F

Verbesserungsaktivitäten

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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Hotellerie	Culinarium	2009	2009	
Labor	Qualab	2009	2009	jährlich
Stat. Pünt Nord	DBT	2009	2009	

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, permanenten Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Gesamtklinik	Elektr. Klinikinformatiessystem (KIS)	Standardisierte Verlaufsdokumentation	In Betrieb seit 2007
Gesamtklinik	Risikomanagement inkl. IKS	Standardisiertes Risikomanagement	Seit 2008
Gesamtklinik	Q-Zirkel Hotellerie und Verpflegung	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess	laufend
Gesamtklinik	AGRU Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Pflege der Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	laufend
Gesamtklinik	Gesundheitszirkel	Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden	laufend

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Pünt Süd	Entwicklung einer Privatstation	Schaffen einer Privatstation	01.08.09 – 31.12.09
Jugendbereich	Renovation Jugendbereich	Neues Konzept Jugendpsychiatrie	01.02.09 – 31.12.09
Gesamtklinik	Projektmanagement	Aufbau und Umsetzung eines Projektmanagements	01.07.09 – 30.09.10
Gesamtklinik	Einführung neuer Mitarbeiter	Verbesserung der Einführung neuer Mitarbeiter	01.03.09 – 30.05.10
Gesamtklinik	Verpflegungskonzept	Verbesserung des Verpflegungsprozesses	01.09.09 – 31.08.09

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitel		
Bereich	☐ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel		
Beschreibung		
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen		
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

Projekttitel		
Bereich	☐ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel		
Beschreibung		
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen		
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen		

Mit der Einführung eines integrierten Prozessmanagements und eines CIRS (new-win) werden wir im 2010 Lücken schliessen können, welche uns bei der Steuerung unserer Klinik sehr hilfreich sein wird. Dank der im Juni 2010 fertig gestellten modernen Küche und der Verbesserung des Verpflegungsprozesses für die Patienten dürfen wir auch eine deutliche Verbesserung im Bereiche der Hotellerie und Verpflegung erwarten.

Nebst den kontinuierlichen Verbesserungen in der Behandlung und Betreuung der Patienten, ist die Clenia Littenheid dauernd an der Verbesserung der Hilfsmittel. So konnte bereits in der ersten Jahreshälfte 2010 ein Laborinformationssystem (LIS) in das bereits bestehende Klinikinformationssystem integriert werden.

Ein wichtiges Ziel für uns ist die Erreichung des Committed to Excellence (EFQM, 1. Level), dessen Validation im August 2010 ansteht.



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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

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

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



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

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



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

Partner



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

Siehe auch www.anq.ch



Anhänge

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.

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