



# Psychiatrie-Dienste

## Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

25.02.2019  
Marco Sprenger, Leiter Zentralstelle Qualität und Risiko

Version 1

St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd

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



Psychiatrie

## Impressum

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

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Herr  
Marco Sprenger  
Leiter Zentralstelle Qualität und Risiko  
081 303 68 45  
[marco.sprenger@psych.ch](mailto:marco.sprenger@psych.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

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

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	11
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>13</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	13
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	14
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	15
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	17
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	18
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>20</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>21</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>21</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie .....	21
5.2 Eigene Befragung .....	22
5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik allgemein .....	22
5.2.2 Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik niederschweilig .....	22
5.2.3 Patientenzufriedenheitsbefragung ambulant .....	23
5.3 Beschwerdemanagement .....	23
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>24</b>
6.1 Eigene Befragung .....	24
6.1.1 Pilotprojekt Angehörigenbefragung .....	24
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>25</b>
7.1 Eigene Befragung .....	25
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit .....	25
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>26</b>
8.1 Eigene Befragung .....	26
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit .....	26
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>27</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>10 Operationen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>11 Infektionen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>12 Stürze</b> .....	<b>27</b>
12.1 Eigene Messung .....	27
12.1.1 Sturzerhebung .....	27
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>28</b>
13.1 Eigene Messungen .....	28
13.1.1 Dekubitus NG .....	28
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>29</b>

14.1	Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	29
<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>30</b>
15.1	Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	30
<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung</b> .....	<b>32</b>
17.1	Weitere eigene Messung .....	32
17.1.1	Aggressionsereignisse .....	32
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>33</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	33
18.1.1	Datenschutz Compliance .....	33
18.1.2	Business Continuity Management.....	34
18.1.3	Akut- und Intensivbehandlung.....	34
18.1.4	Angebotsstrategie 2020 .....	35
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 .....	36
18.2.1	LEAN Hospital Management.....	36
18.2.2	Behindertenpsychiatrie / KOMBI .....	37
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	38
18.3.1	EFQM Recognised for Excellence (R4E).....	38
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>39</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>40</b>
Psychiatrie .....		40
<b>Herausgeber</b> .....		<b>41</b>

## 1 Einleitung

Die St.Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd sind eine rechtlich verselbständigte öffentliche Fachinstitution für die umfassende psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Beratung, Behandlung und Betreuung psychisch kranker und behinderter erwachsener Menschen. Sie sind eingebunden in die regionalen Gesundheitsversorgungssysteme und im südlichen Teil des Kantons St.Gallen tätig.

Die Ziele sind die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und deren Re-Integration in Gesellschaft und Arbeitsmarkt. Ergänzt wird die Behandlungsarbeit mit integrativen und koordinierenden Dienstleistungen. Transparentes Arbeiten und aktives Informieren über das Wesen und die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen trägt zum Abbau von Angst und Vorurteilen bei.

Das Versorgungsmodell ist systemisch-patientenorientiert. Die Grundversorgung erfolgt möglichst gemeindenah, in enger Vernetzung mit regionalen Leistungspartnern. Die ambulanten und tagesklinischen Leistungen werden primär von den drei regionalen Psychiatrie-Zentren in Heerbrugg, Trübbach und Uznach/Rapperswil-Jona erbracht, die stationäre Versorgung erfolgt am Standort Pfäfers.

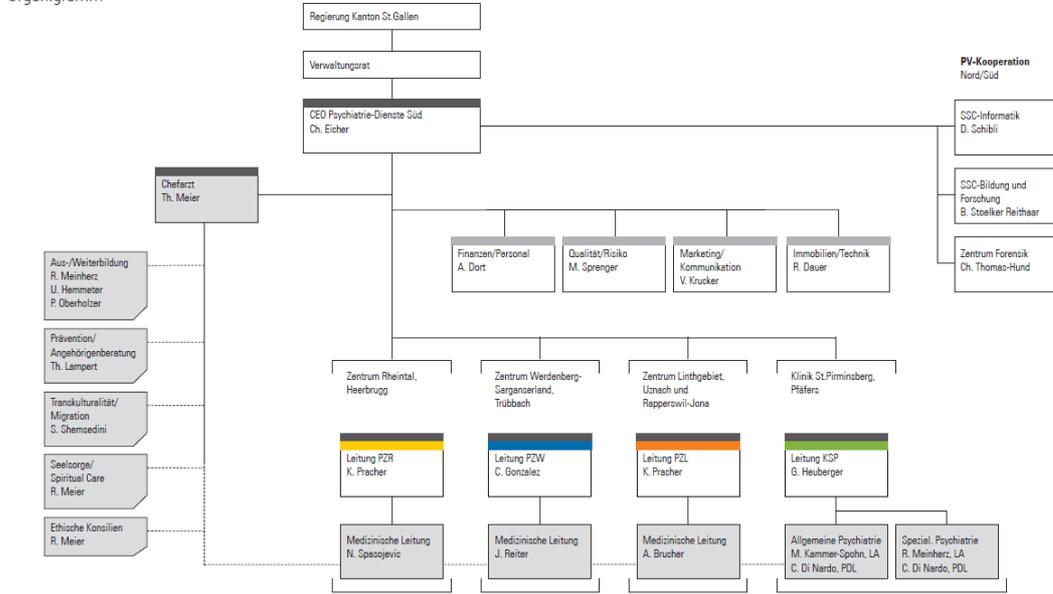
Handlungsgrundlage bildet der Leistungsvertrag mit den kantonalen Gesundheitsbehörden. Im stationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich besteht mit dem Fürstentum Liechtenstein eine Versorgungsvereinbarung.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

Aufbauorganisation  
Organigramm



PSB01-10-006

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **200** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. med. Thomas Meier  
Chefarzt und Qualitätsverantwortlicher  
081 303 60 60  
[thomas.meier@psych.ch](mailto:thomas.meier@psych.ch)

Herr Marco Sprenger  
Leiter Zentralstelle Qualität und Risiko  
081 303 68 45  
[marco.sprenger@psych.ch](mailto:marco.sprenger@psych.ch)

Herr Rainer Kiworra  
Qualitätsmanager, Programmleiter Lean  
081 303 68 45  
[rainer.kiworra@psych.ch](mailto:rainer.kiworra@psych.ch)

Frau Johanna Reiner  
Administration  
081 303 68 45  
[johanna.reiner@psych.ch](mailto:johanna.reiner@psych.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Qualitätsmanagement als Teilbereich des funktionalen Managements hat das Ziel, die Effektivität und Effizienz der Arbeit (Arbeitsqualität) sowie der Geschäftsprozesse zu erhöhen. Inhalte sind die Optimierung von Kommunikationsstrukturen, die Erhaltung oder Steigerung der Zufriedenheit der verschiedenen Anspruchsgruppen, die Standardisierungen bestimmter Handlungs- und Arbeitsprozesse, Normen für Leistungen, Dokumentationen sowie die berufliche Weiterbildung. Bei der Gestaltung von Arbeitsabläufen in Organisationen stellt das Qualitätsmanagement sicher, dass Qualitätsbelange den zugewiesenen Platz einnehmen. Qualität bezieht sich dabei sowohl auf die Dienstleistungen, als auch auf die internen Prozesse der Organisation und ist definiert als das Mass, in dem der betrachtete Prozess den Anforderungen genügt. Diese Anforderungen können explizit definiert sein, sie können aber auch implizit vorausgesetzt werden (Erwartungen). Qualität ist das Ausmass an Übereinstimmung von Anforderungen (explizit formuliert) und Erwartungen (nicht explizit formuliert) mit einer Dienstleistung. Im Laufe der Zeit werden dann die Anforderungen zu Erwartungen.

Qualitätsmanagement führt nicht zwangsläufig zu einem höherwertigen Ergebnis, sondern steuert die Erreichung der vorgegebenen Qualität. Auch Qualitätszertifizierungen etwa nach der ISO-Norm sagen nichts über die Produktqualität aus, sondern nur über das Qualitätsmanagement im Prozess.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

##### **Zufriedenheitsmessungen:**

Erhebung der Patientenzufriedenheit ambulant und tagesklinisch. Zusätzlich erfolgte eine Erhebung im stationären Rahmen nach Vorgaben des ANQ.

Vorbereitung Erhebung Mitarbeiterzufriedenheit 2019.

##### **Kontinuierlicher Verbesserungsprozess:**

Vorbereitung Migration der Meldeportale CIRS und Idee auf neues Produkt. Prozessreflektion und Konzeptaktualisierungen.

Überführung von Projekt LEAN Hospital Management in festes Programm mit langfristiger Ausrichtung.

Stärkere Integration Risikomanagement in Entscheidungsgremien, Ausbau der internen Berichterstattung.

Überprüfung Reifegrad der Aufklärungspflicht gegenüber Patientinnen und Patienten im Rahmen des internen Prozessaudits.

##### **TARPSY:**

Aufbau einer Medizinkodierung zur Sicherstellung der Rechnungsstellung nach Tarpsy 1.0. Definition von Prozessen, Erarbeitung von Grundlagen für Schulungen, Berichterstattung und Fachkonzept.

##### **Datenschutz:**

Umsetzung Massnahmenplanung aus Datenschutzaudit 2016, Intensivierung der Sensibilisierung von Mitarbeitenden, Erarbeitung Vorgehensplan Umsetzung EU-DSGVO, Durchführung einer Twisk-Analyse zur Ermittlung der Datenschutzwareness.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

### **Zufriedenheitsmessungen:**

Patientenzufriedenheit ambulant: Erhebung, Abschluss, Auswertung, Berichterstattung und Massnahmenplanung zur Zufriedenheitsbefragung 2018.

Patientenzufriedenheit tagesklinisch: Abschluss, Auswertung, Berichterstattung und Massnahmenplanung zur Zufriedenheitsbefragung 2017. Erhebung Patientenzufriedenheit tagesklinisch 2018.

Patientenzufriedenheit stationär ANQ: Erhebung, Abschluss, Auswertung, Berichterstattung und Massnahmenplanung zur Zufriedenheitsbefragung nach Anforderungen des ANQ.

### **Kontinuierlicher Verbesserungsprozess:**

Zusammenarbeit Psychiatrieverbunde St.Gallen: Harmonisierung und Weiterentwicklung der Berichterstattung in den Bereichen Qualitäts- und Risikomanagement, Prozesslandkarte und Prozessdokumentation. Insbesondere Zusammenarbeit zwischen den beiden St.Galler Psychiatrieverbunde Psychiatrie St.Gallen Nord und Psychiatrie-Dienste Süd.

Prozesse: Weiterentwicklung der bestehenden Prozesslandkarte, regelmässiges Dokumentenmanagement, Aktualisierung von Prozessvisualisierungen. Optimierung Verwaltung Prozessdokumentation.

EFQM: Berichterstattung, Nachbereitung, Massnahmenplanung und -umsetzung nach erfolgreicher EFQM Recognised for Excellence Anerkennung im November 2017.

Internes Prozessaudit: Vorbereitung, Durchführung, Berichterstattung, Massnahmenplanung und -umsetzung nach internem Prozessaudit. Schwerpunkte: Datenschutz, Einführung neue Mitarbeitende, Stellvertretungsregelung, Dokumentenmanagement, Aufklärungspflicht gegenüber Patientinnen und Patienten, Lebensmittelhygiene.

Projektmanagement: Betrieb und Weiterentwicklung Multiprojektmanagementsoftware, systematische Lenkung von Projekten. Begleitung der Projektleitungen.

LEAN Management: Abschluss des Projektes LEAN Hospital Management, Integration von LEAN in das strategische Zielprogramm mit langfristiger Ausrichtung, Überführung von Projekt in ein festes Programm, Auflösung Projektorganisation und Integration der Programmleitung in Zentralstelle Qualität und Risiko. Erstellung Fachkonzept und Entwicklungsplan für Folgejahre. Planung und Durchführung von regelmässigen Grundlagen- und Leaderschulungen, Beginn der Implementierung von Kaizen-Boards in den Bereichen.

Meldeportale: Vorbereitung Migration der Meldeportale CIRS und Ideenmanagemet auf ein neues Produkt, Reflektion und Anpassung der internen Prozesse und der Fachkonzepte. Kontinuierlicher Betrieb aller Meldeportale (CIRS, Idee, Feedback und Risiko) und daraus abgeleitete Lernprozesse sicherstellen.

Patientenmanagement: Sicherstellung der Datenverfügbarkeit für BfS- und ANQ-Datensätze nach der Datenmigration auf neues Patientenmanagementsystem.

### **TARPSY:**

Aufbau und Implementierung einer Medizinkodierung, Erstellung eines Fachkonzeptes, Weiterentwicklung der Prozesse und Systeme, Aufbau und Durchführung von internen Schulungen, Aufbau von Expertennetzwerk (intern und extern).

### **Datenschutz:**

Massnahmenbearbeitung des externen Datenschutzaudits 2016. Vorbereitung, Durchführung, Berichterstattung und Massnahmenplanung nach Twisk-Analyse, Aufbau und Integration Datenschutz E-Learninglehrgang für Mitarbeitende. Überarbeitung Fachkonzept, Erarbeitung von internen Richtlinien zu Datenschutzthemen. Aufbau einer SharePoint Plattform Datenschutz und Informatiksicherheit zur internen Kommunikation. Intensivierung der kommunikativen Massnahmen und Sensibilisierung der Mitarbeitenden. Projektinitialisierung Datenschutz Compliance.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

**Zufriedenheitsmessungen:**

Patientenzufriedenheit ambulant: Evaluation Massnahmenumsetzung der Befragung 2018.

Patientenzufriedenheit tagesklinisch: Evaluation Ergebnisse 2018. Vorbereitung und Erhebung der Patientenzufriedenheit 2019. Präsentation der Ergebnisse 2018, daraus abgeleitete Massnahmenplanung und -umsetzung. Die Auswertung und Berichterstattung der Ergebnisse 2019 erfolgt in Q1 2020.

Patientenzufriedenheit stationär: Vorbereitung und Erhebung Patientenzufriedenheit stationär in Zusammenarbeit mit MüPF Benchmarkgruppe 2019 / 2020. Die Auswertung und Berichterstattung der Ergebnisse 2019 / 2020 erfolgt in Q3 / Q4 2020.

Patientenzufriedenheit stationär ANQ: Vorbereitung und Erhebung Patientenzufriedenheit stationär ANQ. Die Auswertung und Berichterstattung der Ergebnisse 2019 erfolgt in Q3 / Q4 2019.

Mitarbeitendenzufriedenheit: Vorbereitung und Erhebung Mitarbeitendenzufriedenheit. Die Auswertung und Berichterstattung der Ergebnisse 2019 erfolgt in Q4 2019 / Q1 2020.

Zuweiserzufriedenheit: Prüfen der Notwendigkeit einer Erhebung der Zuweiserzufriedenheit in Zusammenarbeit mit der Psychiatrie St.Gallen Nord.

**Kontinuierlicher Verbesserungsprozess:**

EFQM: Regelmässige Überprüfung Entwicklungsstand auf Basis des EFQM Feedbackberichts Recognised for Excellence 3-Sterne. Definition der nächsten Entwicklungsschritte.

Management Cockpit: Aktualisierung und Weiterentwicklung der Management Cockpits, Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Anspruchsgruppen, Anreicherung um Kennzahlen aus Tarpsy, Führungscockpit für Geschäftsleitung.

LEAN: Obligatorische Grundlagenschulung aller Mitarbeitenden und die Schulung der Führungskräfte als LEAN Leader in allen Geschäftseinheiten wird vorangetrieben. Initialisierung und Bearbeitung von Kaizen Boards in allen Teams und Aufbau einer unternehmensweiten LEAN Kultur innerhalb eines ständigen KVP's (kontinuierlicher Verbesserungsprozess). Ziel: PDS sind 2028 ein selbstlernendes Unternehmen mit einer verinnerlichten LEAN Kultur.

**Fortführung Zusammenarbeit Psychiatrieverbunde St.Gallen:**

Harmonisierung und Weiterentwicklung der Berichterstattung in den Bereichen Qualitäts- und Risikomanagement, Prozesslandkarte, Prozessdokumentation und in der Zusammenarbeit zwischen den beiden St.Galler Psychiatrieverbunde Psychiatrie St.Gallen Nord und Psychiatrie-Dienste Süd.

**TARPSY:**

Umsetzung und Einführung neuer Prozesse, Strukturen und Arbeitsinstrumente zur Sicherstellung der Datenverfügbarkeit und Datenplausibilität. Einführung eines Tarpsy-Reportings als Steuerungsinstrument für Führungskräfte. Durchführung der jährlichen, gesetzlich verpflichtenden Tarpsy-Revision.

**Datenschutz:**

Projektfortsetzung Datenschutz Compliance in Zusammenarbeit mit den Psychiatrie St.Gallen Nord und der Arbeitsgruppe Datenschutz und Datensicherheit der St.Galler Gesundheitsinstitutionen des Kantons St.Gallen. Dabei erfolgt eine externe Projektbegleitung durch eine Anwaltskanzlei. Umsetzung Anforderungen EU-DSGVO. Projektdauer bis ca. 2020. Prüfen einer Awarenesskampagne zur weiteren Sensibilisierung der Mitarbeitenden.

**Business Continuity Management:**

Projektinitialisierung Business Continuity Management in Zusammenarbeit mit der kantonalen Steuergruppe Risikomanagement. Umsetzung Phase 1 mit Erhebung der geschäftskritischen Prozesse. Evaluation Teilnahme Phase 2 mit Erstellung Business Impact Analyse. Projektdauer bis ca. 2020.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erwachsenenpsychiatrie                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Symptombelastung (Fremdbewertung)</li> <li>– Symptombelastung (Selbstbewertung)</li> <li>– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen</li> <li>– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie</li> </ul> </li> </ul>

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik allgemein</li> <li>▪ Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik niederschwellig</li> <li>▪ Patientenzufriedenheitsbefragung ambulant</li> </ul>
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sturzerhebung</li> </ul>
<i>Wundliegen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dekubitus NG</li> </ul>
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aggressionsereignisse</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Recovery

<b>Ziel</b>	Umfassende Partizipation der Patientinnen und Patienten in die psychiatrische Behandlung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Klinik St. Priminsberg
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2012 bis auf weiteres
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Umfassende Partizipation der Patientinnen und Patienten in die psychiatrische Behandlung
<b>Methodik</b>	Recovery, Empowerment, Adherence, Peers
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege und Behandler
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Patientinnen und Patienten werden systematisch in die Behandlung in den Psychiatrie-Dienste Süd einbezogen (Recovery, Empowerment, Adherence). Psychiatrieerfahrene Peers werden zur Begleitung von Patientinnen und Patienten angestellt.

##### LEAN Management

<b>Ziel</b>	Durch den ganzheitlichen Ansatz von 'LEAN Management' möchten die Psychiatrie-Dienste Süd die Produktivität / Effizienz in allen Disziplinen messbar steigern und einen Fokus auf die Kundenorientierung legen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtunternehmen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2015 - 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Durch eine umfassende Analyse und Optimierungen sollen die Grundlagen geschaffen werden, um mit den bestehenden Ressourcen die steigende Arbeitslast und die Herausforderung mit der Erreichung der strategischen Ziele zu bewältigen.
<b>Methodik</b>	Externe Projektbegleitung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interdisziplinär
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Pilotprojekte wurden 2016 gestartet und mehrheitlich umgesetzt. Eine Ausweitung auf weitere Unternehmensbereich wurde beschlossen und das Projekt bis 2018 verlängert. 2018 erfolgte der Projektabschluss mit der Überführung ins strategische Zielprogramm. LEAN wird ab 2018 als festes Programm geführt mit langfristiger Ausrichtung und Zielsetzung.

## EFQM Recognised for Excellence (R4E)

<b>Ziel</b>	EFQM Anerkennung nach Recognised for Excellence (R4E)
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtunternehmen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2016 - 2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Die bestehende ISO-Zertifizierung nach ISO 9001:2008 wurde bewusst nicht aufrechterhalten. Sie lieferte zuletzt keine gravierend neuen Erkenntnisse zur Weiterentwicklung des Unternehmens. Die Entscheidung, die Entwicklung in Richtung EFQM zu lenken verfolgt einen ganzheitlicheren Ansatz (TQM), führt zu einer vertieften Auseinandersetzung mit Prozessen, Werten und der strategischen Ausrichtung. Zudem wird eine Harmonisierung innerhalb des Psychiatrieverbunde St.Gallen angestrebt.
<b>Methodik</b>	Selbstassessment, Fremdassessment, externe Begleitung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interdisziplinär
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Eine erste Fassung einer Bewerbungsschrift wurde erstellt und ein extern begleitetes Selbstassessment im 4. Quartal 2016 durchgeführt. Auf Basis der daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden 2017 Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet und umgesetzt. Im November 2017 erfolgte nach einem Fremdassessment die erfolgreiche Anerkennung nach Recognised für Excellence (R4E). 2018 galt es die Ergebnisse aufzubereiten, die Erkenntnisse ins Zielprogramm zu integrieren und die Folgeschritte zu definieren.

## Business Contintunity Management

<b>Ziel</b>	Sicherstellung des Fortbestands des Unternehmens im Sinne ökonomischer Nachhaltigkeit unter der Präsenz von Risiken mit hohem Schadensausmass.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtunternehmen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2018 - 2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
<b>Begründung</b>	Entwicklung von Massnahmen, um geschäftskritische Prozesse zu schützen oder alternative Abläufe zu ermöglichen.
<b>Methodik</b>	Identifikation geschäftskritischer Prozesse, Business Impact Analyse durchführen, Übergangsmassnahmen festlegen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interdisziplinär
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Der Projektstart erfolgt im Q4 2018 mit der Auftragsgenehmigung durch den CEO-Koordinationsausschuss der Spitalverbunde St.Gallen. 2019 erfolgt mit Phase 1 die Erhebung der geschäftskritischen Prozesse.

## Datenschutz Compliance

<b>Ziel</b>	Sicherstellung einer Datenschutzcompliance gemäss EU-DSGVO (international) sowie E-DSG (national) und DSG (kantonal).
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtunternehmen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2018 - 2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt
<b>Begründung</b>	Dem Schutz persönlicher Daten kommt im digitalen Zeitalter eine immer grösser werdende Bedeutung zu. Dabei gilt es, speziell im Umgang mit hoch sensiblen Daten wie Patientendaten eine hohe Sensibilität beizumessen.
<b>Methodik</b>	Zusammenarbeit mit Arbeitsgruppe Datenschutz und Datensicherheit der St.Galler Gesundheitsinstitutionen (DuD) sowie einer externen Anwaltskanzlei.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interdisziplinär
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Der Projektstart erfolgt in Q4 2018. Derzeit laufen Vorbereitungs- und Datenerhebungsprozesse, Mitte 2019 erfolgt eine Bewertung der aktuellen Compliance. In der Folge wird zu planen sein, welche Massnahmen Priorität angegangen werden.

### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2010 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

#### Bemerkungen

Es wird ein jährlicher Bericht zuhanden der Geschäftsleitung erstellt im welchem die Entwicklungen, exemplarische Verbesserungsprojekte und geplante Aktivitäten für die kommenden Jahre definiert sind. In der Folge wird der Bericht allen Interessierten im Betrieb öffentlich zugänglich gemacht. Die Mitarbeitenden haben über eine öffentliche Fallliste jederzeit Zugriff auf sämtliche gemeldeten und freigegebenen CIRS Fälle mit der Möglichkeit diese auch zu kommentieren. Die Meldungen können Wahlweise anonym oder persönlich über eine interne Applikation eingereicht werden.

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
Culinarium 3 Kronen	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2008	2017	Gastrobetrieb der Klinik St. Pirminsberg. 3 Kronen
Culinarium natürlich und ausgewogen	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2013	2017	Voraussetzung dafür ist "Culinarium 3 Kronen" und steht für eine Zusatzstoff arme Küche.
QIII	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2011	2018	Gastrobetrieb. Wird durch EFQM Fremdasessment auf Stufe R4E durch einreichen des Berichts automatisch verlängert
Rekole	Gesamtbetrieb	2012	2016	Es ist jährlich ein internes Audit durchzuführen. Externe Prüfung nur alle 4 Jahre
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle (CSCQ)	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	1996	2018	Labor: Chemieanalysen
Verein für medizinische Qualitätskontrolle (MQZH)	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2010	2018	Labor: Urinuntersuche, Quick, Drogentests, Hämatologie. 4x pro Jahr Supervision inkl. Berichte, diese gelten als Zertifikatserneuerung.
IBEX Fairstay Gold	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2013	2018	Nachhaltigkeit in Umwelt, Soziales und Wirtschaft
Branchenlösung H+ Arbeitssicherheit	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2003	2017	Externer Auditturns alle 3-4 Jahre
Zertifikat Energie-Agentur der Wirtschaft	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2015	2017	Reduktion der CO2-Abgabe und kWh, für nachhaltigen Klimaschutz

Umweltschutz Zertifikat Malerei	Infrastruktur-Dienste	2010	2016	Vollzugs Organsiation Malergewerbe VUM Region Ostschweiz
AFUE Umwelteigenkontrolle	Gesamtbetrieb	2013	2016	Amt für Umwelt und Energie: Umwelt Eigenkontrolle
Zertifikat für naturnahe Gestaltung Areal	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2009	2014	Natur und Wirtschaft
Minergie Zertifikat	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2010	unbefristet	Neubau A6
EFQM Recognised for Excellence, 3 Sterne	Gesamtbetrieb	2017	2017	Kontinuierliche Weiterentwicklung des Unternehmens um Mehrwerte für sämtliche Anspruchsgruppen schaffen zu können
Friendly Workspace (Gesundheitsförderung Schweiz)	Gesamtbetrieb	2017	2017	Integration Gesundheitsmanagement (BGM) in Unternehmensstrategie
Ausbildungsbetrieb auf Stufe Höhere Fachschule Pflege-Anerkennung	Gesamtbetrieb	2009	2018	Alle 5 Jahre Wiederanerkennung
SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätte	Gesamtbetrieb	2018	2018	Anerkennung der in der Weiterbildungsstätte geleisteten Unterstützung für die ärztliche Weiterbildung
Nach den Richtlinien des Dachverbandes für DBT	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2018	2018	Störungsspezifische Spezialbehandlungsangebot

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

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

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

#### Messergebnisse

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

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

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne	
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 18 Jahre) versendet, die von April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten der Forensik.</li> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik allgemein

Ziel der Befragung ist es, die Zufriedenheit der Patienten in Bezug auf Einbezug, Umgang, Information und Aufklärung sowie Behandlungserfolg und Weiterempfehlung zu erfassen. Dabei sollen Schwachstellen identifiziert, analysiert und systematisch bearbeitet werden um die Behandlungsqualität weiter zu entwickeln.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.  
Tagesklinik Psychiatrie-Zentrum Rheintal, Tagesklinik Psychiatrie-Zentrum Werdenberg-Sarganserland, Tagesklinik Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Publikation der Daten und Längsvergleiche ohne entsprechende Kommunikation führt möglicherweise zu Irritationen, daher wird darauf verzichtet. Für Interessierte, Benchmarkaktivitäten oder Diskussionen werden die Daten jedoch zur Verfügung gestellt.

Das Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit in den Tageskliniken ist selbst entwickelt und daher nicht mit anderen Erhebungsinstrumenten vergleichbar. Aufgrund der bereits seit Jahren bestehenden Messmethode besteht ein valider interner Benchmark und ein mehrjähriger Längsvergleich.

### 5.2.2 Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik niederschwellig

Ziel der Befragung ist es, die Zufriedenheit der Patienten in Bezug auf Einbezug, Umgang, Information und Aufklärung sowie Behandlungserfolg und Weiterempfehlung zu erfassen. Dabei sollen Schwachstellen identifiziert, analysiert und systematisch bearbeitet werden um die Behandlungsqualität weiter zu entwickeln.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.  
Tagesklinik niederschwellig Psychiatrie-Zentrum Rheintal, Tagesklinik niederschwellig Psychiatrie-Zentrum Werdenberg-Sarganserland, Tagesklinik niederschwellig Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet, Übergangsbehandlung Klinik St.Pirminsberg Päfers

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Publikation der Daten und Längsvergleiche ohne entsprechende Kommunikation führt möglicherweise zu Irritationen, daher wird darauf verzichtet. Für Interessierte, Benchmarkaktivitäten oder Diskussionen werden die Daten jedoch zur Verfügung gestellt.

Das Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit in den Tageskliniken ist selbst entwickelt und daher nicht mit anderen Erhebungsinstrumenten vergleichbar. Aufgrund der bereits seit Jahren bestehenden Messmethode besteht ein valider interner Benchmark und ein mehrjähriger Längsvergleich.

### 5.2.3 Patientenzufriedenheitsbefragung ambulant

Ziel der Befragung ist es, die Zufriedenheit der Patienten in Bezug auf Einbezug, Umgang, Information und Aufklärung sowie Behandlungserfolg und Weiterempfehlung zu erfassen. Dabei sollen Schwachstellen identifiziert, analysiert und systematisch bearbeitet werden um die Behandlungsqualität weiter zu entwickeln.

Diese Patientenbefragung haben wir vom 24. März 2018 bis 24. Juni 2018 durchgeführt. Psychiatrie-Zentrum Rheintal, Psychiatrie-Zentrum Werdenberg-Sarganserland, Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Befragung erfolgt in Zusammenarbeit mit der MüPF-Benchmarkgruppe. Die Daten werden innerhalb der MüPF-Benchmarkgruppe offen gelegt, diskutiert und Best Practice Treffen veranstaltet. Die Publikation der Daten und Längsvergleiche ohne entsprechende Kommunikation führt möglicherweise zu Irritationen, daher wird darauf verzichtet. Für Interessierte, Benchmarkaktivitäten oder Diskussionen werden die Daten jedoch zur Verfügung gestellt.

## 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### **St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd**

Beschwerdemanagement

Rainer Kiworra

Qualitätsmanager, Programmleiter Lean  
Management

081 303 68 45

[rainer.kiworra@psych.ch](mailto:rainer.kiworra@psych.ch)

## 6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

### 6.1 Eigene Befragung

#### 6.1.1 Pilotprojekt Angehörigenbefragung

Im Rahmen eines Pilotprojektes wurde gemeinsam mit anderen psychiatrischen Kliniken sowie einem Auswertungsinstitut ein Fragebogen zur Erhebung der Angehörigenzufriedenheit entwickelt. Ziel der Befragung ist es, die Zufriedenheit der Angehörigen in Bezug auf Einbezug, Umgang, Information und Aufklärung sowie Behandlungserfolg und Weiterempfehlung zur erfassen. Dabei sollen Schwachstellen identifiziert, analysiert und systematisch bearbeitet werden um die Behandlungsqualität weiter zu entwickeln.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2015 durchgeführt.  
Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Angehörigenbefragung

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

Ziel der Befragung ist es, die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu erfassen um langfristig ein attraktiver Arbeitgeber, Ausbildungsplatz und eine interessante Weiterbildungsstätte zu sein. Dabei sollen Schwachstellen identifiziert, analysiert und systematisch bearbeitet werden um die Zufriedenheit und Mitarbeitergesundheit weiter zu entwickeln.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.  
Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2019.  
Psychiatrie-Dienste Süd (Gesamtunternehmen)

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Icommit
Methode / Instrument	Swiss Award

## 8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

### 8.1 Eigene Befragung

#### 8.1.1 Zuweiserzufriedenheit

Ziel der Befragung ist es, die Zufriedenheit der Zuweiser in Bezug auf Einbezug, Umgang, Information und Aufklärung sowie Zusammenarbeit und Vernetzung zur erfassen. Dabei sollen Schwachstellen identifiziert, analysiert und systematisch bearbeitet werden um die Behandlungsqualität für sämtliche Anspruchsgruppen weiter zu entwickeln.

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Jahr 2012 durchgeführt.  
Psychiatrie-Dienste Süd (Gesamtunternehmen)

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Zuweiserbefragung Psychiatrie

## Behandlungsqualität

### 12 Stürze

#### 12.1 Eigene Messung

##### 12.1.1 Sturzerhebung

Ziel der Messung ist die Erfassung von Ursachen und möglichen Schwachstellen im Bereich Infrastruktur und Behandlung. Damit soll erreicht werden, dass die Anzahl Stürze reduziert sowie potentielle Schwachstellen ermittelt und beseitigt werden können.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.  
Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Publikation der Daten und Längsvergleiche ohne entsprechende Kommunikation führt möglicherweise zu Irritationen, daher wird darauf verzichtet. Für Interessierte, Benchmarkaktivitäten oder Diskussionen werden die Daten jedoch zur Verfügung gestellt.

## 13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

### 13.1 Eigene Messungen

#### 13.1.1 Dekubitus NG

Die Dokumentation von Wundliegen dient der Qualitätsüberwachung im Behandlungsbereich (Ursachenanalyse, Verfolgen von Behandlungsverläufe) sowie zu Dokumentations- und Abrechnungszwecken. Das Primärziel ist die Vermeidung von Wundliegen und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen.

Diese Messung haben wir vom 20.04.2018 bis 31.12.2018 durchgeführt.  
Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Publikation der Daten und Längsvergleiche ohne entsprechende Kommunikation führt möglicherweise zu Irritationen, daher wird darauf verzichtet. Für Interessierte, Benchmarkaktivitäten oder Diskussionen werden die Daten jedoch zur Verfügung gestellt.

## 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

### 14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

#### Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2015	2016	2017
<b>St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd</b>			
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	12.10	11.62	9.47
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2017	60892		

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

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Erwachsene	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie.

## 15 Psychische Symptombelastung

### 15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

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

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

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

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

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

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

#### Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

HoNOS Adults	2014	2015	2016	2017
<b>St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	7.30	7.12	6.98	7.31
Standardabweichung (+/-)	7.02	5.87	5.76	5.59

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2014	2015	2016	2017
<b>St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd</b>				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	31.18	36.88	36.38	34.75
Standardabweichung (+/-)	34.04	34.18	35.15	35.54

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

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

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

**Fremdbewertung (HoNOS):**

Die HoNOS-Ergebnisse werden patientenbezogen zum Erstellen des individuellen Behandlungsplans genutzt und tragen auf diese Weise unmittelbar zur Qualität der Behandlung bei. In der Gesamtauswertung unterscheiden sich die Ergebnisse von der Klinik St.Pirminsberg nicht von denen anderer Kliniken.

**Selbstbewertung (BSCL):**

Die BSCL-Ergebnisse werden pro Patient zur Ergänzung der Diagnostik verwendet, dabei wird insbesondere auf Angaben zur Selbstgefährdung geachtet. In der Gesamtauswertung unterscheiden sich die Ergebnisse von der Klinik St.Pirminsberg nicht von denen anderer Kliniken.

**Angaben zur Messung**

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

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Aggressionsereignisse

Die Erfassung von Aggressionsereignissen dient der internen Reflexion von schwierigen Behandlungssituationen. Aggressionen gegen Mitarbeitende oder Sachmittel treten in der Psychiatrie immer wieder auf. Die Reflexion soll dazu dienen, mögliche Gefahrenpotential frühzeitig zu erkennen und falls möglich korrigierend eingreifen zu können. Die Aggressionsereignisse werden jeweils am Folgetag durch die Pflegedienstleitung und den Chefarzt besprochen und mögliche Handlungsempfehlungen ausgesprochen. Es erfolgt zudem eine jährliche Auswertung der Anzahl Ereignisse.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.  
Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Publikation der Daten und Längsvergleiche ohne entsprechende Kommunikation führt möglicherweise zu Irritationen, daher wird darauf verzichtet. Für Interessierte, Benchmarkaktivitäten oder Diskussionen stellen wir die Daten jedoch gerne zur Verfügung.

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Datenschutz Compliance

**Projektart**

Intern

**Projektziel**

Neben der EU ist derzeit auch die Schweiz und der Kanton St.Gallen dabei, ihre Datenschutzgesetze zu überarbeiten. Ziel des Projektes ist die Sicherstellung einer Datenschutz Compliance gemäss EU-DSGVO (international) sowie E-DSG (national) und DSG (kantonal).

**Projekttablauf / Methodik**

Projektorganisation in Zusammenarbeit mit der Psychiatrie St.Gallen Nord, der Arbeitsgruppe Datenschutz und Datensicherheit der St.Galler Gesundheitsinstitutionen (DuD) sowie einer externen Projektbegleitung durch eine Anwaltskanzlei. In Q1-Q2 2019 laufen Vorbereitungs- und Datenerhebungsprozesse, ab Mitte 2019 erfolgt eine Bewertung der Compliance. In der Folge wird zu planen sein, welche Massnahmen Priorität angegangen werden.

**Involvierte Berufsgruppen**

Interdisziplinär

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Der Projektstart erfolgt in Q4 2018, das Projektende ist voraussichtlich Q4 2020. Die aus dem Projekt gewonnen Erkenntnisse fliessen laufend in den Praxisalltag ein und werden umgesetzt.

## 18.1.2 Business Continuity Management

### Projektart

Extern

### Projektziel

Ein Business Continuity Management ist die Entwicklung von (Übergangs-)Massnahmen, um geschäftskritische Prozesse zu schützen oder alternative Abläufe zu ermöglichen. Ziel ist die Sicherstellung des Fortbestands des Unternehmens im Sinne ökonomischer Nachhaltigkeit unter der Präsenz von Risiken mit hohem Schadensausmass.

In der Projektphase 1 werden die Projektziele und das Vorgehen erarbeitet. In der Projektgruppe wird die Definition von geschäftskritischen Prozessen festgelegt. Mit Fachexpertengesprächen werden Hinweise auf Geschäftskritische Prozesse erarbeitet. Die CEOs legen anschliessend bis zu vier geschäftskritische Prozesse für ein Unternehmen fest die in der Folge detailliert ausgearbeitet werden sollen.

### Projekttablauf / Methodik

Projekt in Zusammenarbeit mit kantonaler Steuergruppe Risikomanagement und externer Begleitung. Umsetzung Phase 1 mit Erhebung der geschäftskritischen Prozesse. Evaluation Teilnahme Phase 2 mit Erstellung Business Impact Analyse. Projektdauer bis ca. 2020.

### Involvierte Berufsgruppen

Interdisziplinär

### Projektelevaluation / Konsequenzen

Der Projektstart erfolgt in Q4 2018, das Projektende ist voraussichtlich Q4 2020. Die aus dem Projekt gewonnen Erkenntnisse fliessen laufend in den Praxisalltag ein und werden umgesetzt.

## 18.1.3 Akut- und Intensivbehandlung

### Projektart

Intern

### Projektziel

Mit dem Projekt Akut- und Intensivbehandlung wurde ein Prozess initialisiert mit dem Ziel, die Behandlungsqualität zu steigern und die Versorgungssicherheit zu erhöhen. Insbesondere die Vorhalteleistung von Akut- und Intensivbetten gilt dabei als ein ausgewiesenes Ziel. Weiter werden neben baulichen Veränderungen auch die Einführung neuer Behandlungsmethoden wie Safewards geprüft. Bis Ende 2019 soll das Projekt abgeschlossen sein und erste Ergebnisse wie z.B. die Implementierung von Safewards sollen vorliegen. Ergänzende Instrumente wie der Einsatz einer Medienwand in den Sicherheitszimmern soll geprüft werden.

### Projekttablauf / Methodik

Internes Fachgremium mit externer Beratung für IST-Erhebung, in der Folge wurde ein Projektteam gebildet welches sich seither mit der Thematik beschäftigt.

### Involvierte Berufsgruppen

Interdisziplinär

### Projektelevaluation / Konsequenzen

Der Projektstart erfolgte in Q1 2018, derzeit wird ein Fachkonzept erarbeitet welches bis Q2 2019 vorliegen soll und in der Folge umgesetzt werden wird.

## 18.1.4 Angebotsstrategie 2020

### Projektart

Intern in Zusammenarbeit mit der Psychiatrie St.Gallen Nord

### Projektziel

Integrierte, wohnortnahe, qualitative hochstehende psychiatrische Versorgung anbieten und Synergien mit internen und externen Partnern nutzen:

- Angebotsprofil schärfen und die Grund- und Spezialversorgung in beiden St.Galler Psychiatrieverbunden entlang von gemeinsamen diagnostischen Hauptkategorien ausrichten und führen
- Einheitliche Behandlungsstandards und Abläufe Psychiatrieverbunde-übergreifend für die Abklärung/Diagnostik, Behandlung und Nachsorge festlegen und umsetzen
- Die starke Position der dezentralen Leistungserbringung über Psychiatriezentren halten und stärken und einen raschen Behandlungszugang sicherstellen
- Spezialisierung stärken, ambulante und stationäre Spezialangebote bedarfs- und kostengerecht an einem oder mehreren Standort/en anbieten
- Wachstum im tagesklinischen und ambulanten Bereich. Stationäre Kapazitäten halten und bedarfsgerecht optimieren.

### Projekttablauf / Methodik

Internes Projekt mit externer Projektbegleitung.

Das Projekt Angebotsstrategie 2020 wurde in mehrere Projektphasen aufgeteilt. In einer ersten Phase 2018 erfolgte die Umsetzung von 2 Fachkompetenzfeldern (Affektiv- und stressbedingte Störungen sowie Persönlichkeits- und somatoforme Störungen), in der Folgephase 2019 werden drei weitere Fachkompetenzfelder erarbeitet (Psychose, Abhängigkeitserkrankungen sowie Demenz / Delir). Eine ausgedehnte Projektorganisation sichert den Einbezug von Fachleuten.

### Involvierte Berufsgruppen

Interdisziplinär

### Projektelevaluation / Konsequenzen

Die Phase 1 wurde im Herbst 2018 vom Verwaltungsrat der St.Galler Psychiatrieverbunde zur Umsetzung freigegeben, diese beinhaltet neben neuen fachlichen Ausrichtungen auch Strukturanpassungen, Bildungs-, Controlling und Marketingmassnahmen. Der Abschluss der Phase 1 wird daher für 2019 erwartet, parallel dazu erfolgt jedoch bereits die Bearbeitung der Phase 2. Durch die Initialisierung eines fachlichen Entwicklungsgremiums zur Angebotssteuerung soll der Fokus der Entwicklung zunehmend fachlich getrieben werden.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

### 18.2.1 LEAN Hospital Management

**Projektart**

Intern

**Projektziel**

Veränderte Rahmenbedingungen führen dazu, dass sich die Gesundheitsinstitutionen immer schneller neuen Bedingungen anpassen und diese zu grösst möglichem Nutzen für den Kunden umsetzen müssen. Auch werden die Patienten zunehmend anspruchsvoller. Der Patient soll die maximale Aufmerksamkeit erhalten.

Lean Management als Chance, durch Prozessoptimierungen Mehrwerte für die Patienten zu schaffen und die Wertschöpfung zu erhöhen, ebenso als Mittel zur Steuerung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, zur Erhöhung der Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung.

**Projekttablauf / Methodik**

Internes Projekt mit externer Projektbegleitung.

Anfänglich einzelne Pilotprojekte, in der Folge kamen immer weitere Kleinprojekte dazu und der Umfang wurde stetig grösser. Primär wird aktuell das Ziel verfolgt, in sämtlichen Bereichen / Abteilungen Kaizen-Boards einzuführen und damit einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu fördern. Es besteht ein mehrjähriger Programmplan der die Entwicklung der nächsten Jahre aufzeigen soll.

**Involvierte Berufsgruppen**

Interdisziplinär

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Der Projektstart erfolgte 2015 mit einer Absichtserklärung, in den Folgejahren wurden erste Pilotprojekte durchgeführt. Das formale Projektende erfolgte 2018 mit der Überführung in ein langfristig angelegtes Programm. Lean soll als fester Bestandteil der Psychiatrie-Dienste Süd Einzug halten und sämtliche Geschäftsbereiche einbeziehen bzw. umfassen.

## 18.2.2 Behindertenpsychiatrie / KOMBI

### **Projektart**

Intern in Zusammenarbeit mit der Psychiatrie St.Gallen Nord

### **Projektziel**

Sicherstellung einer aufsuchenden ambulanten medizinisch-psychiatrischen Versorgung für Menschen mit einer kognitiven Behinderung durch die gemeinsame (Psychiatrie St.Gallen Nord, Psychiatrie-Dienste Süd, INSOS SG-AI, Betroffene) Erarbeitung eines Fachkonzepts mit Überprüfung im Praxisfeld und der zukünftigen Finanzierung. Durch den organisatorischen Aufbau einer ambulanten medizinisch-psychiatrischen Versorgung für Menschen mit einer kognitiven Behinderung soll eine qualitative und quantitative Versorgungslücke im Kanton St.Gallen geschlossen werden.

### **Projekttablauf / Methodik**

Die Projektorganisation bestand aus Mitgliedern der Psychiatrie St.Gallen Nord, Psychiatrie-Dienste Süd, INSOS SG-AI und Betroffenen. Während der Projektphase führte das Behandlungsteam die aufsuchende ambulante medizinisch-psychiatrische Behandlung in den Institutionen durch. Während dieser Zeit wurden durch die Psychiatrie-Dienste Süd 23 Patienten und durch Psychiatrie St.Gallen Nord 15 Patienten behandelt. Nebst der Behandlung hat das Behandlungsteam auch Fallbesprechungen sowie Supervisionen mit den Mitarbeitenden in den Institutionen durchgeführt. Während der Projektphase konnte zudem ein Anmeldeformular, einen standardisierten Zusammenarbeitsvertrag sowie ein Finanzierungsmodell für den Regelbetrieb ausgearbeitet werden. Abschliessend wurde eine Evaluation mit den Institutionen durchgeführt und ausgewertet.

### **Involvierte Berufsgruppen**

Interdisziplinär

### **Projektelevaluation / Konsequenzen**

Der Projektverlauf wurde im Rahmen einer Befragung der Projektbeteiligten Institutionen reflektiert. Als ein grosser Erfolgsfaktor wurde mehrfach die heilpädagogische Fachkompetenz (z.B. unterstützte Kommunikation / Kompetenzen im Bereich Autismus) genannt. Die heilpädagogische Fachkompetenz ist unerlässlich für den Erfolg des Angebots, entsprechend werden für die Aufrechterhaltung des Angebots weitere heilpädagogen eingestellt. Das Projekt ist abgeschlossen und in den regulären Betrieb überführt.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 EFQM Recognised for Excellence (R4E)

**Projektart:**

Konsequente Weiterentwicklung des Unternehmens nach erfolgreicher EFQM Anerkennung Recognised for Excellence 3-Sterne. Umsetzung von Verbesserungspotentialen gemäss Feedbackbericht und Einbindung in die strategische Planung und Weiterentwicklung.

**Projektziel:**

Nachhaltiger Unternehmenserfolg durch schlanke Organisation, kontinuierliche Verbesserung und streben nach Exzellenz.

EFQM Anerkennung Recognised for Excellence (R4E) 4 Sterne im Jahr 2020/2021

**Projekttablauf / Methodik:**

Selbstassessment, November 2016

Fremdassessment, November 2017

Interne Prozessaudits, Mai 2018

Interne Prozessaudits, Mai 2019

Selbstassessment, November 2019

Zielsetzung: 2020/2021 Recognised for Excellence 4-Sterne

**Involvierte Berufsgruppen:**

Psychiatrie-Dienste Süd (Gesamtunternehmen)

**Projektelevaluation:**

Nach erfolgreicher EFQM Anerkennung Recognised for Excellence 3 Sterne im November 2017 erfolgt die Evaluation im Rahmen eines erneuten Fremdassessments 2020 oder 2021 mit dem Ziel einer Anerkennung mit 4-Sternen.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die PDS orientiert sich vorrangig am EFQM-Modell, hat sich jedoch entschieden ihr Prozessmanagement-System mit Hilfe des ISO 9001:2008 Modells aufzubauen. Die ISO 9001 Zertifizierung verfiel im November 2016 und wird nicht weiter aufrechterhalten, jedoch wird das bestehende und weiterentwickelte Prozessmanagementsystem weiter gepflegt und entwickelt. Die Qualitätsarbeit innerhalb der Psychiatrie-Dienste Süd orientiert sich an den sieben Grundkonzepten der Excellence. Excellente Organisationen .....

- ...erfüllen ihre Mission und entwickeln sich in Richtung ihrer Vision (Wir entstigmatisieren Psychiatrie). Sie gehen geplant vor und erreichen ausgewogene Ergebnisse in all den Bereichen, die durch die kurz- und langfristigen Bedürfnisse ihrer Interessengruppen bestimmt werden. Sie übertreffen diese Bedürfnisse dort, wo es relevant ist.
  - ...wissen, dass Kunden der Hauptgrund für ihre Existenz sind und streben innovativ nach Wertschöpfung für diese (strategisches Zielprogramm, Patientenorientierung). Dies erreichen sie durch Verständnis und Antizipation der Kundenbedürfnisse und Kundenerwartungen (Patientenzufriedenheit, Zuweiserzufriedenheit, Angehörigenzufriedenheit, Ombudsstelle, Empowerment, Recovery)
  - ... haben Führungskräfte, die die Zukunft konsequent gestalten und verwirklichen (strategisches Zielprogramm). Sie agieren als Vorbilder für Werte und Moral (Führungsgrundsätze)
  - ... werden mittels strukturierter und an der Strategie ausgerichteter Prozesse gemanagt (Prozessmanagement). Sie treffen faktenbasiert Entscheidungen, um ausgewogene und nachhaltige Ergebnisse zu erzielen (GL-Strategie, Innovations- und Dienstleistungsprozess)
  - ... achten ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und schaffen eine Kultur der aktiven Mitwirkung, um einen angemessenen Ausgleich von Organisations- und persönlichen Zielen zu erreichen (Mitarbeitergespräche).
  - ... schaffen Mehrwert und steigern ihr Leistung durch kontinuierliche und systematische Innovation, in dem sie die Kreativität all ihrer Interessengruppen nutzbar machen (Ideenbox).
  - ... suchen, entwickeln und unterhalten vertrauensvolle Partnerschaften mit verschiedenen Partnern, um gemeinsamen Erfolg sicherzustellen. Diese Partnerschaften können unter anderem mit Kunden, gesellschaftlichen Gruppen, Schlüssellieferanten, Bildungsorganisationen oder Nichtregierungsorganisationen eingegangen werden (Kooperationen bspw. mit der Stiftung förderraum, Projekt Vernetzung)
- ... schliessen ethische Haltung, klare Werte und die höchsten Verhaltensstandards als integrale Bestandteile in ihre Kultur mit ein, was sie dazu befähigt, ökonomische, soziale und ökologische Nachhaltigkeit anzustreben (Führungsgrundsätze)

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### Psychiatrie

#### Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzstörungen
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
FX	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

## Herausgeber



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

Siehe auch:

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



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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