



Psychiatrie-Dienste Süd

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

10.05.2017
Marco Sprenger, Leiter Zentralstelle Qualität und Risiko

Version 1

St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd

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 2016.

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 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.

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 2016

Herr
Marco Sprenger
Leiter Zentralstelle Qualität und Risiko
081 303 68 45
marco.sprenger@psych.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

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. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / 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. Diese Publikationen finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	15
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	18
Befragungen	19
5 Patientenzufriedenheit	19
5.1 Eigene Befragung	19
5.1.1 Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik allgemein	19
5.1.2 Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik niederschwellig	19
5.1.3 Patientenzufriedenheitsbefragung Stationär	20
5.2 Beschwerdemanagement	20
6 Angehörigenzufriedenheit	21
6.1 Eigene Befragung	21
6.1.1 Pilotprojekt Angehörigenbefragung	21
7 Mitarbeiterzufriedenheit	22
7.1 Eigene Befragung	22
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit	22
8 Zuweiserzufriedenheit	23
8.1 Eigene Befragung	23
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit	23
Behandlungsqualität	24
9 Wiedereintritte Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
10 Operationen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
11 Infektionen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
12 Stürze	24
12.1 Eigene Messung	24
12.1.1 Sturzerhebung	24
13 Wundliegen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	25
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	25

15	Psychische Symptombelastung	26
15.1	Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	26
16	Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
	Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
17	Weitere Qualitätsmessung	28
17.1	Weitere eigene Messung	28
17.1.1	Outcome Messungen Tageskliniken	28
18	Projekte im Detail	29
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	29
18.1.1	Multiprojektmanagement.....	29
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	30
18.2.1	Beschwerdemanagement	30
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	31
18.3.1	EFQM Recognised for Excellence (R4E).....	31
19	Schlusswort und Ausblick	32
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		33
Psychiatrie		33
Anhang 2		
Herausgeber		34

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. Die Leistungserbringung erfolgt möglichst vor Ort und eng vernetzt mit den regionalen Leistungspartnern. 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 lokalen 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. Die Klinik St.Pirminsberg und die Infrastruktur-Dienste (Administration und Infrastruktur) in Pfäfers sind spezialisierte Dienstleister für die regionalen Psychiatrie-Zentren.

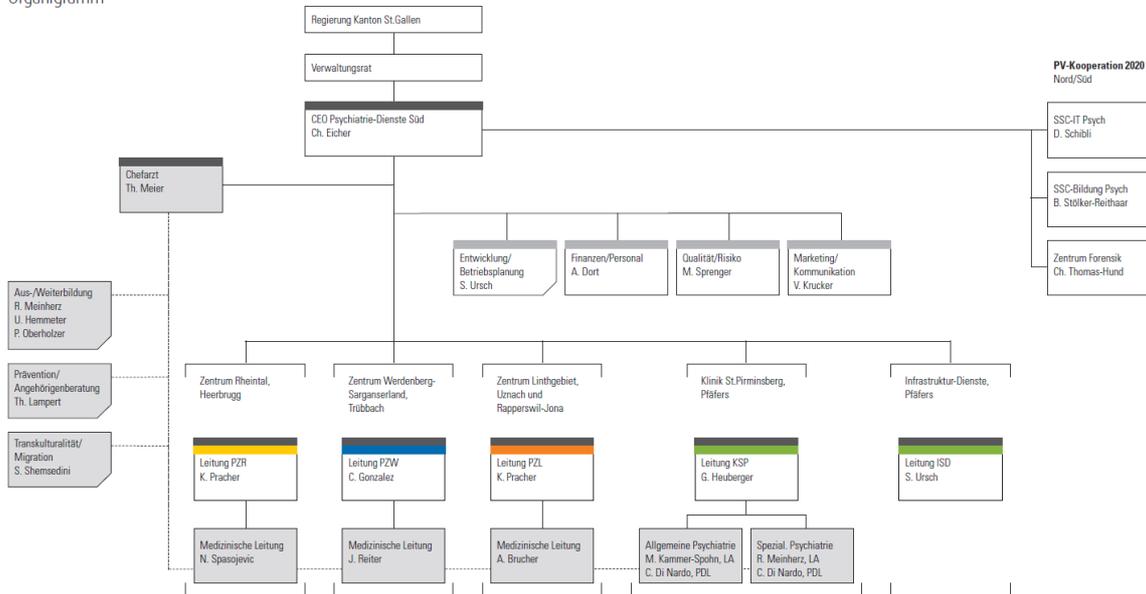
Handlungsgrundlage bildet der Leistungsvertrag mit den kantonalen Gesundheitsbehörden. Im stationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich besteht mit dem Fürstentum Liechtenstein eine Versorgungsvereinbarung.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Aufbauorganisation
Organigramm



Legende



PDS-01-10-003

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80** Stellenprozent zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Dr. med. Thomas Meier
 Chefarzt und Qualitätsverantwortlicher
 St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
 081 303 60 60
thomas.meier@psych.ch

Herr Marco Sprenger
 Leiter Zentralstelle Qualität und Risiko
 St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
 081 303 68 45
marco.sprenger@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 2016

Zufriedenheitsmessungen:

Durchführung von Patientenzufriedenheitsmessungen im tagesklinischen und stationären Bereich. Auswertung, Kommunikation und Massnahmenplanung auf Basis der Erhebung der Patientenzufriedenheitsmessung aus den ambulanten und tagesklinischen Bereichen in welchen die Erhebung 2015 erfolgte.

Teilnahme an Pilotbefragung des ANQ zur Erhebung der Patientenzufriedenheit.

Planung, Durchführung, Auswertung, Kommunikation und Massnahmenplanung einer Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung.

Auswertung, Kommunikation und Massnahmenplanung einer 2015 durchgeführten Angehörigenbefragung sowie Weiterentwicklung des Instrumentes gemeinsam mit dem Auswertungsinstitut.

Beschwerdemanagement:

Neukonzeptionierung und Einführung eines neuen Beschwerdemanagementsystems. Interne Kommunikation und Schulung der Mitarbeitenden im Umgang mit Beschwerden.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess:

Erhebung, Auswertung und Kommunikation von Outcome Daten in den Tageskliniken.

Pilotprojekt Leanmanagement inkl. vertiefter Analysephase und der Ableitung von spezifischen Verbesserungsprojekten.

Vorbereitung und Durchführung eines EFQM Selbstassessments, Planung und Vorbereitung auf Fremdassessments im November 2017.

Weiterentwicklung des Risikomanagementsystems innerhalb der kantonalen Steuergruppe Risikomanagement inklusive gemeinsamer Berichterstattung .

Weiterentwicklung des Prozessmanagementsystems in Zusammenarbeit mit dem Psychiatrieverbund Nord des Kantons St.Gallen.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

Zufriedenheitsmessungen:

Die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragung 2015 in den Tageskliniken wurden ausgewertet, präsentiert und Massnahmen aus den Erkenntnissen abgeleitet.

Die Zufriedenheitsbefragung der sich ambulant in Behandlung befindlichen Patienten konnte 2015 erfolgreich abgeschlossen werden. Die Ergebnisse wurden im 1. Quartal 2016 präsentiert und Verbesserungsmassnahmen daraus abgeleitet.

Ersterhebung der Patientenzufriedenheit Tagesklinik niederschwellig (Vollerhebung) mit neu entwickeltem Instrument. Die Daten werden im 1. Quartal 2017 vorliegen.

Die Befragung zur Patientenzufriedenheit der stationären Patienten wurde im 1. Quartal 2016 gestartet und endet im Januar 2017. Die Ergebnisse werden Mitte 2017 vorliegen.

Eine Teilnahme an Piloterhebung des ANQ zur Erhebung der Patientenzufriedenheit ist erfolgt, es liegen jedoch noch keine Ergebnisse Seitens ANQ vor.

Nach erfolgter Erhebung der Angehörigenzufriedenheit im Jahr 2015 wurden die Ergebnisse 2016 aufgearbeitet, kommuniziert und Verbesserungsmassnahmen abgeleitet.

Beschwerdemanagementsystem:

Im 3. Quartal 2016 wurde ein neues Beschwerdemanagementsystem eingeführt und kommuniziert. Es konnten bereits diverse Verbesserungsprojekte aus den Rückmeldungen von Patienten, Angehörigen und Zuweisern umgesetzt werden. Die Sekretariate werden im Umgang mit Beschwerden im 1. Quartal 2017 intensiv geschult werden.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess:

Erfolgreiche durchgeführtes EFQM Selbstassessment im 4. Quartal 2016. Der Feedbackbericht wird im 1. Quartal 2017 gemeinsam mit der Geschäfts- und Fachlicher-Leitung aufgearbeitet und konkrete Verbesserungsmassnahmen daraus abgeleitet werden.

Fortführung der Outcomemessungen in den Tageskliniken ist erfolgt, für die Auswertung 2016 liegt erstmalig ein Dreijahresvergleich inkl. internem Benchmark vor.

Durchführung eines Pilotprojektes zum Thema Leanmanagement inkl. vertiefter Analysephase und der Ableitung von spezifischen Verbesserungsprojekten.

Weiterentwicklung des Risikomanagementsystems innerhalb der kantonalen Steuergruppe

Risikomanagement inklusive gemeinsamer Berichterstattung .

Weiterentwicklung des Prozessmanagementsystems in Zusammenarbeit mit dem Psychiatrieverbund Nord des Kantons St.Gallen.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Zufriedenheitsmessungen:

Abschluss, Auswertung, Berichterstattung und Massnahmenplanung zur Zufriedenheitsbefragung der stationären Patienten 2016/2017.

Evaluation und Weiterentwicklung der Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik niederschwellig im Anschluss an die Ergebnispräsentationen der Erhebung 2016.

Abschluss der Berichterstattung und Massnahmenplanung der Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung 2016. Im 3./4. Quartal 2017 wird ein Massnahmenumsetzungscontrolling stattfinden.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess:

Vorbereitung und Durchführung eines EFQM Fremdassessments im 3. Quartal 2017 mit dem Ziel die Anerkennung Recognised for Excellence (R4E) zu erreichen. Bis dahin Weiterentwicklung der Bewerbungsschrift inkl. ableiten von Verbesserungsprojekten auf Basis des Feedbackberichtes des EFQM Selbstassessments.

Neukonzeptionierung des Projektmanagements sowie Implementierung eines Multiprojektmanagementtools. Befähigen der internen Projektleiter soweit der Aufbau eines professionellen Projektcoachings.

Weiterentwicklung des Leanverständnisses innerhalb des Unternehmens und Ausweitung des Pilotprojektes auf weitere Unternehmensbereiche.

Begleitung und Unterstützung beim Aufbau eines neuen Patientenmanagementsystems.

Harmonisierung und Weiterentwicklung der Berichterstattung und Zusammenarbeit zwischen den beiden St.Galler Psychiatrieverbunden Nord und Süd.

Tarpsy:

Vorbereitungsarbeiten im Hinblick auf die neue Leistungsfinanzierung in der Psychiatrie ab 2018 vorbereiten, testen und umsetzen.

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.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)
– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

Bemerkungen

Zusätzlich Teilnahme an Pilotbefragung des ANQ zur Erhebung der Patientenzufriedenheit der stationären Patienten.

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"> ▪ Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik allgemein ▪ Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik niederschwellig ▪ Patientenzufriedenheitsbefragung Stationär
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitarbeiterzufriedenheit
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sturzerhebung
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Outcome Messungen Tageskliniken

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Recovery

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

Lean Hospital Management

Ziel	Durch den ganzheitlichen Ansatz von 'Lean Hospital Management' möchten die Psychiatrie-Dienste Süd die Produktivität / Effizienz in allen Disziplinen messbar steigern und einen Fokus auf die Kundenorientierung legen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtunternehmen
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	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.
Methodik	Externe Projektbegleitung
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	Pilotprojekte wurden 2016 gestartet und mehrheitlich umgesetzt. Eine Ausweitung auf weitere Unternehmensbereich wurde beschlossen und das Projekt bis 2018 verlängert.

HACCP - Lebensmittelsicherheit

Ziel	Ausarbeitung eines HACCP Konzeptes, welches für alle Standorte der Psychiatriebunde St.Gallen gültig ist und dem geltenden Lebensmittelgesetz sowie den aktuellen Gastrichtlinien von Gastro Suisse entspricht.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Psychiatriebunde St.Gallen
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2016
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Überarbeitung der bestehenden Konzepte und Richtlinien mit dem Ziel, ein einheitliches Konzept für die gesamten Psychiatriebunde St.Gallen zu haben welche einfach, verständlich und flächendeckend angewendet werden.
Methodik	Neukonzeptionalisierung mit Unterstützung eines externen Beraters
Involvierte Berufsgruppen	Gastronomie, Hotellerie, Hauswirtschaft, Behandlung
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Projekt konnte 2016 in den regulären Betrieb überführt werden. Für 2017 ist eine erste Evaluation und ggf. Anpassung des Konzeptes notwendig.

Beschwerdemanagement / Feedback

Ziel	Das Globalziel des Beschwerdemanagements besteht darin, dass Kundenzufriedenheit wiederhergestellt, die negativen Auswirkungen von Kundenunzufriedenheit minimiert und die in Beschwerden enthaltenen Hinweise auf betriebliche Schwächen identifiziert werden.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Psychiatriebunde St.Gallen
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Erarbeiten eines gemeinsamen Konzeptes, einer gemeinsamen Plattform sowie Prozesse zur Erfassung von Beschwerden und Feedback.
Methodik	Konzept, Integration in bestehendes Meldeportal und auf Homepage, Schulungen der Mitarbeiter, interne Kommunikation
Involvierte Berufsgruppen	Zentralstelle Qualität und Risiko, Zentralstelle Marketing und Kommunikation
Evaluation Aktivität / Projekt	Konzeptualisierung und Einführung eines neuen Tools ist erfolgt. Die Schulung der Sekretariate (primäre Ansprechpartner für Beschwerden) für einen professionellen Umgang mit Beschwerden erfolgt im 1. Quartal 2017.

EFQM Recognised for Excellence (R4E)

Ziel	EFQM Anerkennung nach Recognised for Excellence (R4E)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtunternehmen
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2016 - 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	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.
Methodik	Selbstassessment, Fremdassessment, externe Begleitung
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	Eine erste Fassung einer Bewerbungsschrift wurde erstellt und ein extern begleitetes Selbstassessment im 4. Quartal 2016 durchgeführt. Auf Basis der daraus gewonnenen Erkenntnisse müssen 2017 Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet und umgesetzt werden. Geplant ist eine Anerkennung nach Recognised für Excellence (R4E) im November 2017.

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, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2010 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	2016	Gastrobetrieb der Klinik St. Pirminsberg. 3 Kronen
Culinarium natürlich und ausgewogen	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2013	2016	Voraussetzung dafür ist "Culinarium 3 Kronen" und steht für eine Zusatzstoff arme Küche.
QIII	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2011	2014	Gastrobetrieb. Wird durch Rezertifizierungsaudit von ISO durch einreichen des Berichts automatisch um 3 Jahre 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	2016	Labor: Chemieanalysen
Verein für medizinische Qualitätskontrolle (MQZH)	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2010	2016	Labor: Urinuntersuche, Quick, Drogentests, Hämatologie. 4x pro Jahr Supervision inkl. Berichte, diese gelten als Zertifikatserneuerung.
IBEX Fairstay Gold	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2013	2013	Nachhaltigkeit in Umwelt, Soziales und Wirtschaft

Branchenlösung H+ Arbeitsicherheit	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2003	2013	Audit alle 3-4 Jahre
Zertifikat Energie-Agentur der Wirtschaft	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2015	2016	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
Naturstrom	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2014	2016	Bezug von Ökostrom

Bemerkungen

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 Eigene Befragung

5.1.1 Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik allgemein

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Tagesklinik Psychiatrie-Zentrum Rheintal, Tagesklinik Psychiatrie-Zentrum Werdenberg-Sarganserland, Tagesklinik Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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.

5.1.2 Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik niederschwellig

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 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.

Das Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit in den Tageskliniken ist selbst entwickelt und daher nicht mit anderen Erhebungsinstrumenten vergleichbar.

5.1.3 Patientenzufriedenheitsbefragung Stationär

Ziel der Befragung ist es, die Zufriedenheit der Patienten 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 Patientenbefragung haben wir vom 01.02.2016 bis 31.01.2017 durchgeführt.
Alle Abteilungen der Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

Die Befragung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Institut für Evaluationsforschung, UPK Basel
Methode / Instrument	MüPF(-27)

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd

Beschwerdemanagement

Marco Sprenger

Leiter Zentralstelle Qualität und Risiko

081 303 68 45

marco.sprenger@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.
Alle Abteilungen der Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

Angaben zur Messung	
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 vom 01.05.2016 bis 30.06.2016 durchgeführt.
Psychiatrie-Dienste Süd (Gesamtunternehmen)

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die reine Publikation der Daten und Längsvergleiche führt möglicherweise zu Verwirrung. Für Interessierte, Benchmarkaktivitäten oder Diskussionen stellen wir die Daten jedoch gerne zur Verfügung.

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	
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 2016 durchgeführt.
Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die reine Publikation der Daten und Längsvergleiche führt zu möglicherweise zu Verwirrung. Für Interessierte, Benchmarkaktivitäten oder Diskussionen stellen wir die Daten jedoch gerne zur Verfügung.

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.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Als Klinik mit Akut- und Grundversorgungsauftrag lassen sich freiheitsbeschränkende Massnahmen nicht verhindern. Die Ergebnisse zeigen im Vergleich mit den anderen Kliniken der Akut- und Grundversorgung jedoch ein gehäuftes auftreten. Ein intern bereits initialisiertes Projekt hat zum Ziel, sowohl bauliche wie auch fachliche Massnahmen zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Massnahmen einzuleiten. Im Vergleich zu den Vorjahresergebnissen zeigt sich bereits eine positive Entwicklung.

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

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
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

Messergebnisse

HoNOS Adults	2012	2013	2014	2015
St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	5.27	6.88	7.30	7.12
Standardabweichung (+/-)	6.62	6.19	7.02	5.87

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2012	2013	2014	2015
St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	34.32	34.75	31.18	36.88
Standardabweichung (+/-)	32.75	35.49	34.04	34.18

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 nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Fremdbewertung (HoNOS):

Die Verantwortlichen der Klinik St.Pirminsberg sind sehr zufrieden mit den erreichten Ergebnissen beziehungsweise Bewertungen im Zusammenhang mit der Behandlung auf allen Stationen. Die vorliegenden Ergebnisse helfen jedem einzelnen Behandler bei der ziel- und vor allem patientenorientierten Behandlung. Der signifikant höhere Behandlungserfolg ist ein Anzeichen für die erfolgreiche Integration der HoNOS Beurteilung in den Behandlungsalltag.

Selbstbewertung (BSCL):

In Ergänzung zu der Fremdbeurteilungen zeigen die vorliegenden Ergebnisse der Selbstbewertungen mittels BSCL den Erfolg der gelebten Patientenorientierung in der Klinik St.Pirminsberg. Die Patientinnen und Patienten konnten von dem Aufenthalt in der Institution profitieren. Die Ergebnisse unterstützen die Behandler weiterhin in ihrem kontinuierlichem Bestreben nach Verbesserung der angebotenen Leistungen zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
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 Outcome Messungen Tageskliniken

Mit der Erhebung der Outcome Ergebnisse in den Tageskliniken wollen wir den Erfolg der tagesklinischen Behandlungen messen und ausweisen können. Wir können somit eine Aussage darüber machen, wie stark ein Patient von der tagesklinischen Behandlung profitiert hat und welche Behandlungserfolge erzielt worden sind.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Tagesklinik Psychiatrie-Zentrum Rheintal, Tagesklinik Psychiatrie-Zentrum Werdenberg-Sarganserland, Tagesklinik Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet, Übergangsbehandlung Klinik St.Pirminsberg

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Multiprojektmanagement

Projektart:

Beim Projekt Multiprojektmanagement geht es um die systematische, transparente und zielgerichtete Erfassung, Steuerung und Bearbeitung von Projekten.

Projektziel:

Eine systemgestützte Prozess soll uns helfen, die vorhandenen Ressourcen, Belastungen, Risiken und Chancen frühzeitig zu erkennen und diese zu Gunsten von Projekten einsetzen zu können.

Projekttablauf / Methodik:

Basis bildete die Erfahrung der beiden St.Gallen Psychiatrieverbunde im Umgang mit Projektmanagement sowie die Einführung von Sharepoint. In Zusammenarbeit mit einem externen Softwarelieferanten konnte eine bestehende Software auf die Bedürfnisse der beiden Psychiatrieverbunde angepasst werden.

Involvierte Berufsgruppen:

SSC-IT (Informatik), Zentralstelle Marketing und Kommunikation, Zentralstelle Qualität und Risiko

Projektelevaluation:

Das Projekt wird im laufenden Jahr 2017 abgeschlossen werden.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Beschwerdemanagement

Projektart:

Die Psychiatrie-Dienste Süd verfügen bereits seit Jahren über ein Beschwerdemanagement, dieser Prozess war bisher jedoch eher unsystematisch und durch die jeweilige Kaderperson geprägt. Mit der Neukonzeptionierung sollen alle Beschwerden zentral erfasst und gemanaget werden.

Projektziel:

Eine systemgestützte Prozess soll uns helfen, systematische Fehler und Kundenunzufriedenheiten frühzeitig zu erkennen und mittels definiertem Prozess zu bearbeiten. Ziel dieser Entwicklung ist die Erhaltung oder Wiederherstellung möglichst hoher Kundenzufriedenheit. Sämtliche Anspruchsgruppen haben dabei die Möglichkeit Ihre Anliegen zu deponieren.

Projekttablauf / Methodik:

Basis bildete die Erfahrung der beiden St.Gallen Psychiatrieverbunde im Umgang mit Beschwerden. Ein gemeinsam erstelltes Konzept wurde erstellt welches in einem zweiten Schritt in einer Software umgesetzt wurde. Die Einführung und Kommunikation erfolgte unternehmensweit, wobei den Sekretariaten eine besondere Beachtung geschenkt wurde als primäre Ansprechpartner für Kundenreklamationen. Sie werden im 1. Quartal 2017 mittels einer Schulung für einen professionellen Umgang mit Kunden im Rahmen einer externen Fortbildung weiter befähigt.

Involvierte Berufsgruppen:

Zentralstelle Qualität und Risiko

Projektelevaluation:

Das Projekt konnte erfolgreich abgeschlossen werden, dies zeigen die bereits eingetroffenen und bearbeiteten Beschwerden. Die unternehmensweite Kommunikation muss 2017 noch intensiviert und optimiert werden.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 EFQM Recognised for Excellence (R4E)

Projektart:

Die bekanntesten Qualitätsmanagementmodelle sind das EFQM sowie die ISO 9001, die beide Schnittmengen in der Prozessorientierung haben. Das EFQM-Modell ist europäisch ausgerichtet und ermöglicht ebenso ein Zertifikat durch einen Auditor/Assessor - wie das der EN ISO. Es ist im Gegensatz zur ISO 9001 ein Wettbewerbsmodell, welches nicht auf die Erfüllung von Vorgaben, sondern auf die Selbstverantwortung in der Bewertung abzielt. Zentrales Anliegen des EFQM-Modell ist die stetige Verbesserung mittels Innovation und Lernen in allen Unternehmensteilen und in Zusammenarbeit mit anderen EFQM-Anwendern. Es orientiert sich laufend an weltbesten Umsetzungen, so dass es für ein Unternehmen nie möglich ist, die Maximalpunktzahl zu erreichen. Es besteht somit im Vergleich zur ISO 9001 eine größere Motivation für weitere Verbesserungen. EFQM lässt sich nicht nur auf Wirtschaftsunternehmen, sondern auch auf Dienstleistungs- und soziale Einrichtungen anwenden.

Projektziel:

EFQM Anerkennung Recognised for Excellence (R4E) im November 2017.

Projekttablauf / Methodik:

Externe Begleitung im gesamten Prozess

Kick-off Event mit internen Assessoren

Erstellen einer Bewerbungsschrift

Durchführung eines Selbstassessments im November 2016

Weitere Bearbeitung der Bewerbungsschrift und ableiten von Verbesserungsmaßnahmen auf Basis des Feedbackberichts aus dem Selbstassessment

Fremdassessment in November 2017

Involvierte Berufsgruppen:

Psychiatrie-Dienste Süd (Gesamtunternehmen)

Projektevaluation:

Das Selbstassessment konnte im November 2016 erfolgreich durchgeführt werden. Die Planung für 2017 ist erstellt und von der Geschäftsleitung verabschiedet.

19 Schlusswort und Ausblick

Im Rahmen von Befragungen, Evaluierungen oder Assessment werden von der Zentralstelle Qualität und Risiko Vorschläge für Schwerpunktthemen eingebracht. Der Ausblick soll aufzeigen, welchen Schwerpunkten vertieft bearbeitet werden sollen um die Qualität im Betrieb permanent verbessern und optimieren zu können:

Geplante Qualitätsschwerpunkte für das Berichtsjahr 2017 sind:

- EFQM Anerkennung Recognised for Excellence (R4E)
- Aktives Mitwirken im Projekt Strategie 2020
- Konzeptionierung und Implementierung des Multiprojektmanagementsystems

Die PDS orientiert sich vorrangig am EFQM-Modell, hat sich jedoch entschieden ihr Prozessmanagementsystem mit Hilfe des ISO 9001:2008 Modells aufzubauen. Die ISO 9001 Zertifizierung fiel 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 wie mit 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 spitalinformation.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

Bemerkungen

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



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 Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

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.spitalinformation.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



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



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**).