



Psychiatrie-Dienste Süd

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

29.03.2018
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 2017.

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.

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 2017

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 sind gewillt, ihre Qualittsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swissnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalittskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualittsberichtsvorlage 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](#)) hnlich 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.

Freundliche Grsse



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 2017	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	12
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	13
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	13
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	14
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	15
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	16
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	17
QUALITÄTSMESSUNGEN	19
Befragungen	20
5 Patientenzufriedenheit	20
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	20
5.2 Eigene Befragung	21
5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik allgemein	21
5.2.2 Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik niederschwellig	21
5.2.3 Patientenzufriedenheitsbefragung Stationär	22
5.3 Beschwerdemanagement	22
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	23
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	23
12.1 Eigene Messung	23
12.1.1 Sturzerhebung	23
13 Wundliegen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	24
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	24
15 Psychische Symptombelastung	25
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	25
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	

	Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
17		27
17.1	Weitere eigene Messungen	27
17.1.1	Outcome Messungen Tageskliniken	27
17.1.2	Aggressionsergebnisse	27
18	Projekte im Detail	28
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	28
18.1.1	Aufbau und Entwicklung Medizincontrolling / Medizinkodierung.....	28
18.1.2	Weiterentwicklung Managementmodell EFQM	28
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	29
18.2.1	Beschwerdemanagement	29
18.2.2	Multiprojektmanagement.....	29
18.2.3	EFQM Recognised für Excellence (R4E).....	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.....		34
Psychiatrie		34
Anhang 2		
Herausgeber		35

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. Die Klinik St.Pirminsberg und die Infrastruktur-Dienste in Pfäfers sind spezialisierte Dienstleister für die regionalen Psychiatrie-Zentren.

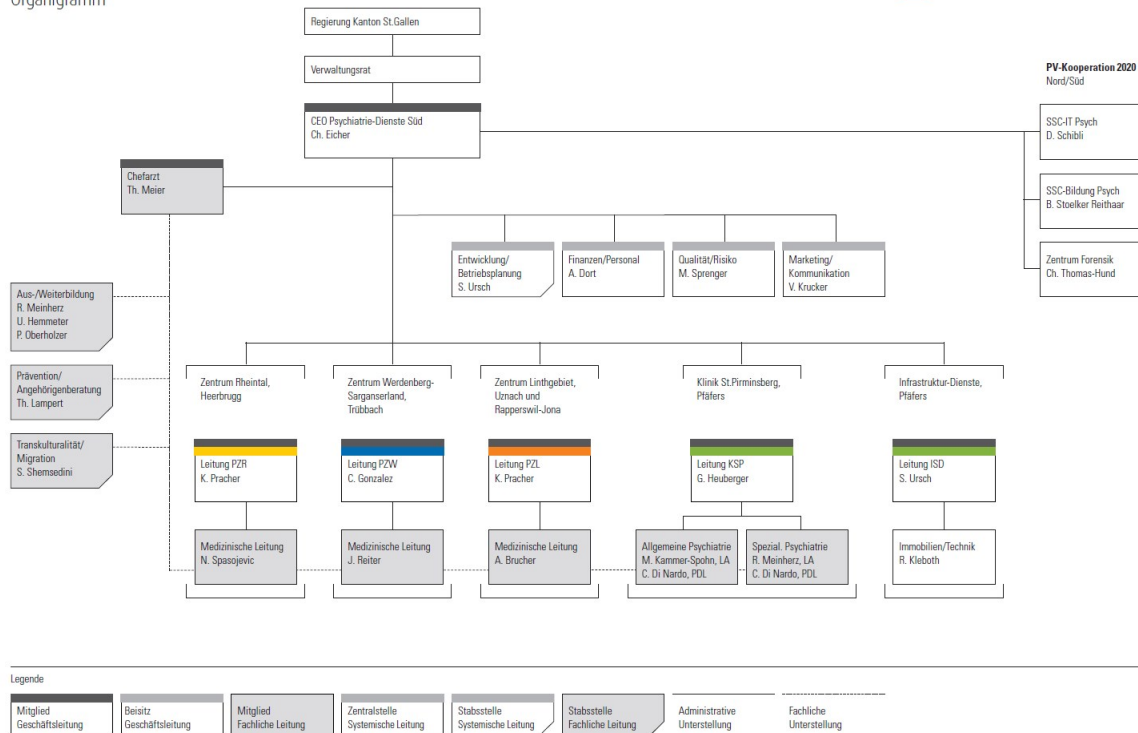
Handlungsgrundlage bildet der Leistungsvertrag mit den kantonalen Gesundheitsbehörden. Im stationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich besteht mit dem Fürstentum Liechtenstein eine Versorgungsvereinbarung.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Aufbauorganisation
Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **180** Stellenprozente 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

Herr Rainer Kiworra
Qualitätsmanager
St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
081 303 68 45
rainer.kiworra@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 2017

Zufriedenheitsmessungen:

Patientenzufriedenheit stationär: Abschluss, Auswertung, Berichterstattung und Massnahmenplanung zur Zufriedenheitsbefragung 2016/2017.

Patientenzufriedenheit stationär ANQ: Erhebung der Patientenzufriedenheit gemäss Anforderungen ANQ.

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

Patientenzufriedenheit Tagesklinik und Tagesklinik niederschwellig: Erhebung Patientenzufriedenheit, Auswertung Ergebnisse 2016, Berichterstattung und Massnahmenplanung zur Zufriedenheitsbefragung 2016

Mitarbeiterzufriedenheit: Abschluss der Berichterstattung und Massnahmenplanung zur Befragung 2016. Massnahmenumsetzungscontrolling zur Klärung des Umsetzungsstandes.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess:

EFQM: Vorbereitung und Durchführung eines EFQM Fremddassessments im 4. Quartal 2017

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

LEAN Management: Weiterentwicklung des Leanverständnisses innerhalb des Unternehmens und Ausweitung des Pilotprojektes auf weitere Unternehmensbereiche. Treffen von Vorbereitungen zur Überführung des Projektes in ein festes Programm.

Begleitung und Unterstützung beim Aufbau eines neuen Patientenmanagementsystems.

Zusammenarbeit Psychiatrieverbunde St.Gallen: Harmonisierung und Weiterentwicklung der Berichterstattung und Zusammenarbeit zwischen den beiden St.Galler Psychiatrieverbunde.

TARPSY:

Vorbereitungsarbeiten im Hinblick auf die neue Leistungsfinanzierung in der Psychiatrie ab 2018 vorbereiten, testen und umsetzen. Aufbau und Implementierung eines Medizincontrollings und einer Medizinkodierung.

Datenschutz:

Neuorganisation der betrieblichen Verantwortung für den Datenschutz, Überführung in die Zentralstelle Qualität und Risiko. Aufbereitung des externen Datenschutzaudits 2016 inklusive Massnahmenplanung und Umsetzungsplanung für 2017. Intensivierung der kommunikativen Massnahmen und Sensibilisierung der Mitarbeitenden.

Reorganisation:

Reorganisation der Zentralstelle Qualität und Risiko, Klärung Aufgabenportfolio mit Erweiterung um Verantwortung Datenschutz, Projektmanagement inkl. Projektcoaching, Aufbau Medizincontrolling und Medizinkodierung. Erweiterung der Stellenprozente.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Zufriedenheitsmessungen:

Erhebung Patientenzufriedenheit stationär: Erfolgreiche Durchführung der Patientenzufriedenheitsmessung stationär 2016/2017.

Erhebung Patientenzufriedenheit stationär ANQ: Eine Erhebung der Patientenzufriedenheit gemäss Anforderungen ANQ wurde durchgeführt, die Ergebnisse liegen erst Ende Q2 2018 vor.

Erhebung Patientenzufriedenheit Tagesklinik niederschwellig: Das Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit wurde weiterentwickelt und die Erhebung im Jahr 2017 fortgesetzt. Die Erkenntnis aus der Befragung flossen in die Weiterentwicklung des Instrumentes ein und aufgrund der Rückmeldungen der Patienten wurden konkrete Massnahmen zur Optimierung der Behandlungsqualität und umgesetzt. Die Wirkungsevaluation erfolgt in Q1 2018.

Mitarbeiterzufriedenheit: Es erfolgt auf Basis der Massnahmenplanung aus der Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung 2016 eine Massnahmenplanung, deren Umsetzungsstand wurde in Q3/Q4 2017 evaluiert. Die Wirkungsevaluation ist für 2019 in Form einer erneuten Befragung geplant.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess:

EFQM: Im November 2017 erfolgte ein EFQM Fremfassessments durch die SAQ, dabei konnte die Anerkennung Recognised for Excellence (R4E) 3 Sterne erreicht werden. Der Assessmentbericht liegt vor und wird durch die Geschäftsleitung im Rahmen des Strategieausschusses weiter bearbeitet. Die gewonnen Erkenntnisse fliessen in die Strategieentwicklung der nächsten Jahre ein.

Projektmanagement: Das Projektmanagement wurde komplett überarbeitet, ein Multiprojektmanagementtool vereinfacht und standardisiert die Bewirtschaftung und gewährleistet die Übersicht über die Projektaktivitäten.. Ergänzend dazu wurde ein Projektcoaching aufgebaut.

LEAN Management: Das Projekt Leangmanagement wurde erfolgreich weiter vorangetrieben sowie die inhaltliche Konzeptierung konsolidiert. Geplant ist eine Überführung von einem Projekt in ein festes, langfristiges Programm Anfang 2018.

Patientenmanagementsystem: Der Aufbau eines neuen Patientenmanagementsystems wurde engmaschig begleitet um Fragen zu Qualität (Prozesse), Medizincontrolling/-kodierung (BfS, Tarspy,...) sowie Datenschutz und Aufklärungspflicht vorab klären zu können.

Zusammenarbeit St.Galler Psychiatrieverbunde: Es erfolgte eine weitgehende Harmonisierung und Weiterentwicklung der Berichterstattung und Zusammenarbeit zwischen den beiden St.Galler Psychiatrieverbunden Nord und Süd. Gemeinsame Aktivitäten werden über einen gemeinsamen Bericht inkl. Benchmark zu Händen der Geschäftsleitung und/oder des Verwaltungsrates kommuniziert.

TARPSY:

Mit dem Entscheid zur Einführung von TARPSY per 01.01.2018 wurde die Rekrutierung eines Medizinkodierers vorgenommen. Gemeinsam wurden Prozesse und Arbeitsinstrumente entwickelt um den geforderten Ansprüchen und Erwartungen genüge zu leisten. Der Übergang vom Projektstatus (seit 2016) in den Echtbetrieb wurde soweit als möglich vorbereitet. Der Abschluss der Projektphase erfolgt in Q1 2018 und entsprechender Wirkungsevaluation.

Datenschutz:

Neuorganisation der betrieblichen Verantwortung für den Datenschutz, Überführung in die Zentralstelle Qualität und Risiko. Dadurch erfolgt ein Abbau von Schnittstellen sowie eine höhere Gewichtung der Thematik. Im Rahmen von Sensibilisierungsmassnahmen wurden eine

Informationsplattform eingerichtet sowie diverse interne kommunikative Mittel genutzt. Die Mitwirkung in einer Arbeitsgruppe für Datenschutz und Datensicherheit der St.Galler Gesundheitsinstitutionen sichert dabei den Wissensaufbau und - transfer. Die Erkenntnisse zum dem bereits 2016 durchgeführten Datenschutzaudit wurden im Rahmen einer Massnahmenplanung priorisiert und terminiert, deren Umsetzung erfolgt bis einschliesslich 2018.

Reorganisation:

Aufgrund der gestiegenen Anforderungen erfolgte eine Reorganisation der Zentralstelle Qualität und Risiko. Dabei erfolgte eine Klärung des Aufgabenportfolios mit Erweiterung um die Fachbereiche Datenschutz, Projektmanagement inkl. Projektcoaching sowie den Aufbau eines Medizincontrollings und einer Medizinkodierung. Das Stellenetat konnte dadurch erweitert werden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Zufriedenheitsmessungen:

Patientenzufriedenheit ambulant: Vorbereitung, Erhebung, Auswertung, Berichterstattung inkl. Massnahmenplanung 2018.

Patientenzufriedenheit Tagesklinik niederschwellig: Evaluation Ergebnisse 2017.

Weiterentwicklung Erhebungsinstrument. Vorbereitung und Erhebung der Patientenzufriedenheit 2018. Die Auswertung und Berichterstattung inkl. Massnahmenplanung erfolgt in Q1 2019.

Patientenzufriedenheit stationär ANQ: Aufbereitung und Kommunikation der Ergebnisse 2017.

Patientenzufriedenheit stationär ANQ: Vorbereitung, Erhebung und Berichterstattung inkl. Massnahmenplanung der Erhebung 2018.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess:

Zuweiserzufriedenheit: Neukonzipierung des Zuweisermanagements und der Zufriedenheitsmessung als Teil des gesamtbetrieblichen Multi-Channal-Marketings

EFQM: Evaluation EFQM Feedbackbericht, interne Beratung und Massnahmenplanung, Integration in Strategieprozess

Projektmanagement: Schulung und Weiterentwicklung des Projektmanagementtools inkl. Intensivierung des Projektcoachings und der Berichterstattung

LEAN Management: Überführung des Leanprojektes in ein festes, nachhaltiges Programm, Verankerung des Leanverständnisses im Unternehmen

Patientenmanagementsystem: Rollout und Einführung des neuen Patientenmanagementsystems, Sicherstellung der Datenverfügbarkeit von ANQ-, BfS- und Tarpsy-Daten.

Zusammenarbeit St.Galler Psychiatrieverbunde: Weitere Optimierung und Harmonisierung der Berichterstattung und Zusammenarbeit zwischen den beiden St.Galler Psychiatrieverbunden.

TARPSY:

Umsetzung und Einführung neuer Prozesse, Strukturen und Arbeitsinstrumente zur Sicherstellung der Datenverfügbarkeit und Datenplausibilität.

PVAngebote 2020:

Mitwirkung und Steuerung der Projektaktivitäten der beiden St.Galler Psychiatrieverbunde zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung.

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	
– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	

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>
▪ Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik allgemein
▪ Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik niederschwellig
▪ Patientenzufriedenheitsbefragung Stationär
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Stürze</i>
▪ Sturzerhebung
▪ Outcome Messungen Tageskliniken
▪ Aggressionsergebnisse

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.

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, 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 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.
Zertifikat für naturnahe Gestaltung Areal	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2009	2014	Natur und Wirtschaft
Minergie Zertifikat	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2010	unbefristet	Neubau A6
Umweltschutz Zertifikat Malerei	Infrastruktur-Dienste	2010	2016	Vollzugs Organisation Malergewerbe VUM Region Ostschweiz
Rekole	Gesamtbetrieb	2012	2016	Es ist jährlich ein internes Audit durchzuführen. Externe Prüfung nur alle 4 Jahre
QIII	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2011	2017	Gastrobetrieb. Wird durch EFQM Fremdasessment auf Stufe R4E durch einreichen des Berichts automatisch verlängert
Branchenlösung H+ Arbeitssicherheit	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2003	2013	Audit alle 3-4 Jahre
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.

AFUE Umwelteigenkontrolle	Gesamtbetrieb	2013	2016	Amt für Umwelt und Energie: Umwelt Eigenkontrolle
IBEX Fairstay Gold	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2013	2013	Nachhaltigkeit in Umwelt, Soziales und Wirtschaft
Zertifikat Energie-Agentur der Wirtschaft	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2015	2016	Reduktion der CO2-Abgabe und kWh, für nachhaltigen Klimaschutz
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle (CSCQ)	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	1996	2016	Labor: Chemieanalysen
Naturstrom	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2014	2016	Bezug von Ökostrom
EFQM Recognised for Excellence, 3 Sterne	Gesamtbetrieb	2017	2019	Kontinuierliche Weiterentwicklung des Unternehmens um Mehrwerte für sämtliche Anspruchsgruppen schaffen zu können
Friendly Workspace (Gesundheitsförderung Schweiz)	Gesamtbetrieb	2017	2020	Integration Gesundheitsmanagement (BGM) in Unternehmensstrategie

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 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 aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt. 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 subjektiver Gesundheitseinschätzung abgefragt.

Messergebnisse

Die Messergebnisse 2017 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

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 September bis November 2017 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

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 2017 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 2017 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 Stationär

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 01.02.2016 bis 31.01.2017 durchgeführt.
Alle Abteilungen der Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

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

Marco Sprenger

Leiter Zentralstelle Qualität und Risiko

081 303 68 45

marco.sprenger@psych.ch

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 2017 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
St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd		
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	12.10	11.62

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Klinik St.Pirminsborg weist eine überdurchschnittlich hohe Zahl betroffener Patienten aus. Das könnte auch Resultat einer hohen Erfassungsqualität sein. Demgegenüber werden Patienten signifikant weniger lange und häufig isoliert, fixiert und/oder zwangsmediziert als im schweizerischen Mittel.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 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.
St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd		
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2016		60141

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

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

HoNOS Adults	2013	2014	2015	2016
St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	6.88	7.30	7.12	6.98
Standardabweichung (+/-)	6.19	7.02	5.87	5.76
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	-	0.51

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2013	2014	2015	2016
St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	34.75	31.18	36.88	36.38
Standardabweichung (+/-)	35.49	34.04	34.18	35.15
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	-	2.38

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken.

Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

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.

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	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 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

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Outcome Messungen Tageskliniken

Mit der Erhebung der Outcome Ergebnisse in den Tageskliniken soll der Erfolg der tagesklinischen Behandlungen gemessen und ausgewiesen werden können. Es kann somit eine Aussage darüber gemacht werden, wie stark ein Patient von der tagesklinischen Behandlung profitiert hat und welche Behandlungserfolge erzielt worden sind.

Diese Messung haben wir im Jahr 2017 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.

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.

17.1.2 Aggressionsergebnisse

Die Erfassung von Aggressionsergebnissen 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 Aggressionsergebnisse 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 2017 durchgeführt.

Alle Abteilungen der Klinik St.Pirminsberg

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 Aufbau und Entwicklung Medizincontrolling / Medizinkodierung

Projektart:

Intern

Projektziel:

Das Medizincontrolling und die Medizinkodierung sind soweit aufgebaut und entwickelt, dass sowohl interne wie externe Anforderungen (z.B. TARPSY) erfüllt sind.

Projektablauf / Methodik:

Konzeptualisierung, Erarbeiten von Arbeitsmitteln und Prozessen

Involvierte Berufsgruppen:

Medizincontroller / Medizinkodierung, Finanzcontrolling, Ärzte, Pflege

Projektevaluation / Konsequenzen:

Die Projektevaluation ist für Ende 2018 geplant.

18.1.2 Weiterentwicklung Managementmodell EFQM

Projektart:

Intern

Projektziel:

H-Excellence und H-Kennzahlen sind eingeführt und unterstützen die PDS bei der Bewirtschaftung des Managementmodells nach EFQM

Projektablauf / Methodik:

Verwendung von H-Excellence und H-Kennzahlen der Firma New-Win AG

Involvierte Berufsgruppen:

Zentralstelle Qualität und Risiko

Projektevaluation / Konsequenzen:

Eine Umsetzung erfolgt 2018/2019, eine Evaluation soll im Rahmen eines erneuten Fremdasessments 2020/2021 erfolgen.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

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 systemgestützter 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.

Projektablauf / 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 wurden 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, Zentralstelle Marketing und Kommunikation, Sekretariate

Projektevaluation:

Das Projekt konnte erfolgreich abgeschlossen werden, dies zeigen die bereits eingetroffenen und bearbeiteten Rückmeldungen. Eine effektive Wirkungsevaluation ist erst nach einigen Jahren möglich, derzeit fehlt ein kantonaler Benchmark sowie ein Längsvergleich.

18.2.2 Multiprojektmanagement

Projektart:

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

Projektziel:

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

Projektablauf / Methodik:

Basis bildete die Erfahrung der beiden St.Galler 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-Informatik, Zentralstelle Marketing und Kommunikation, Zentralstelle Qualität und Risiko

Projektevaluation:

Das Projekt wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Die Wirkungsevaluation erfolgt Ende 2018.

18.2.3 EFQM Recognised für 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:

Nachhaltiger Unternehmenserfolg durch schlanke Organisation, kontinuierliche Verbesserung und streben nach Exzellenz. 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 im November 2017

Involvierte Berufsgruppen:

Psychiatrie-Dienste Süd (Gesamtunternehmen)

Projektelevaluation:

Das Fremdassessment im November 2017 war erfolgreich, es konnte die Stufe Recognised for Excellence 3 Sterne erreicht werden. Der Assessmentbericht ist vorliegend und wurde von der Geschäftsleitung aufgenommen sowie in die strategische Planung integriert.

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

Projektablauf / Methodik:

Selbstassessment, November 2016

Fremdassessment, November 2017

Interne Prozessaudits, Mai 2018

Interne Prozessaudits, Mai 2019

Selbstassessment, November 2019

Zwischenevaluation, Definition weitere Roadmap

Involvierte Berufsgruppen:

Psychiatrie-Dienste Süd (Gesamtunternehmen)

Projektevaluation:

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

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 2018 sind:

1. Zusammenarbeit St.Galler Psychiatrieverbunde: Mitwirkung beim Projekt PV Angebote 2020 mit der Sicherstellung eines professionellen Projektcoachings, Sicherstellung der Behandlungsqualität und Prozessqualität
2. Medizinkodierung: Umsetzung und Einführung neuer Prozesse, Strukturen und Arbeitsinstrumente zur Sicherstellung der Datenverfügbarkeit und Datenplausibilität
3. EFQM: Evaluation EFQM Feedbackbericht, interne Beratung und Massnahmenplanung, Integration in Strategieprozess
4. Schulung und Weiterentwicklung des Projektmanagementtool inkl. Intensivierung des Projektcoachings und Berichterstattung
5. Überführung des Leanprojektes in ein festes, nachhaltiges Programm, Verankerung des Leanverständnisses im Unternehmen

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 verlief 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.

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen 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 wahnhafte 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



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.patientsicherheit.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**).