



**Psychiatrie-Dienste Süd**

# Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

27.02.2020  
Marco Sprenger, Leiter Qualitäts- und Risikomanagement

Version 1

St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd

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



Psychiatrie

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2019.

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

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

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

### Zielpublikum

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

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2019

Herr  
Marco Sprenger  
Leiter Qualitäts- und Risikomanagement  
081 303 61 13  
[marco.sprenger@psych.ch](mailto:marco.sprenger@psych.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil. Nach Akutsomatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualitätsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: [www.patientensicherheit.ch/momo](http://www.patientensicherheit.ch/momo).

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualitätsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. [Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Andererseits 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, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
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
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>18</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>19</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>19</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie .....	19
5.2 Eigene Befragung .....	21
5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik allgemein .....	21
5.2.2 Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik niederschwellig .....	21
5.2.3 Patientenzufriedenheitsbefragung ambulant .....	22
5.2.4 Patientenzufriedenheitsbefragung stationär .....	22
5.3 Beschwerdemanagement .....	22
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
6.1 Eigene Befragung .....	23
6.1.1 Pilotprojekt Angehörigenbefragung .....	23
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>24</b>
7.1 Eigene Befragung .....	24
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit .....	24
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>25</b>
8.1 Eigene Befragung .....	25
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit .....	25
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>26</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>10 Operationen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>11 Infektionen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>12 Stürze</b> .....	<b>26</b>
12.1 Eigene Messung .....	26
12.1.1 Sturzerhebung .....	26
<b>13 Wundliegen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>27</b>

14.1	Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	27
<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>28</b>
15.1	Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	28
<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessung</b> .....	<b>30</b>
17.1	Weitere eigene Messung .....	30
17.1.1	Aggressionsereignisse .....	30
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>31</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	31
18.1.1	Angebotsstrategie 2020 .....	31
18.1.2	Behindertenpsychiatrie (stationär) .....	32
18.1.3	Gemeindeintegrierte Akutversorgung (GiA) .....	33
18.1.4	Recovery College .....	34
18.1.5	Akut- und Intensivbehandlung .....	34
18.1.6	Safewards .....	35
18.1.7	Akademisierung Pflege .....	35
18.1.8	eHealth .....	36
18.1.9	Datenschutz Compliance .....	36
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019 .....	37
18.2.1	Behindertenpsychiatrie (ambulant) .....	37
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	38
18.3.1	EFQM Recognised for Excellence (R4E).....	38
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>39</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>40</b>
Psychiatrie .....		40
<b>Herausgeber</b> .....		<b>41</b>

## 1 Einleitung

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

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

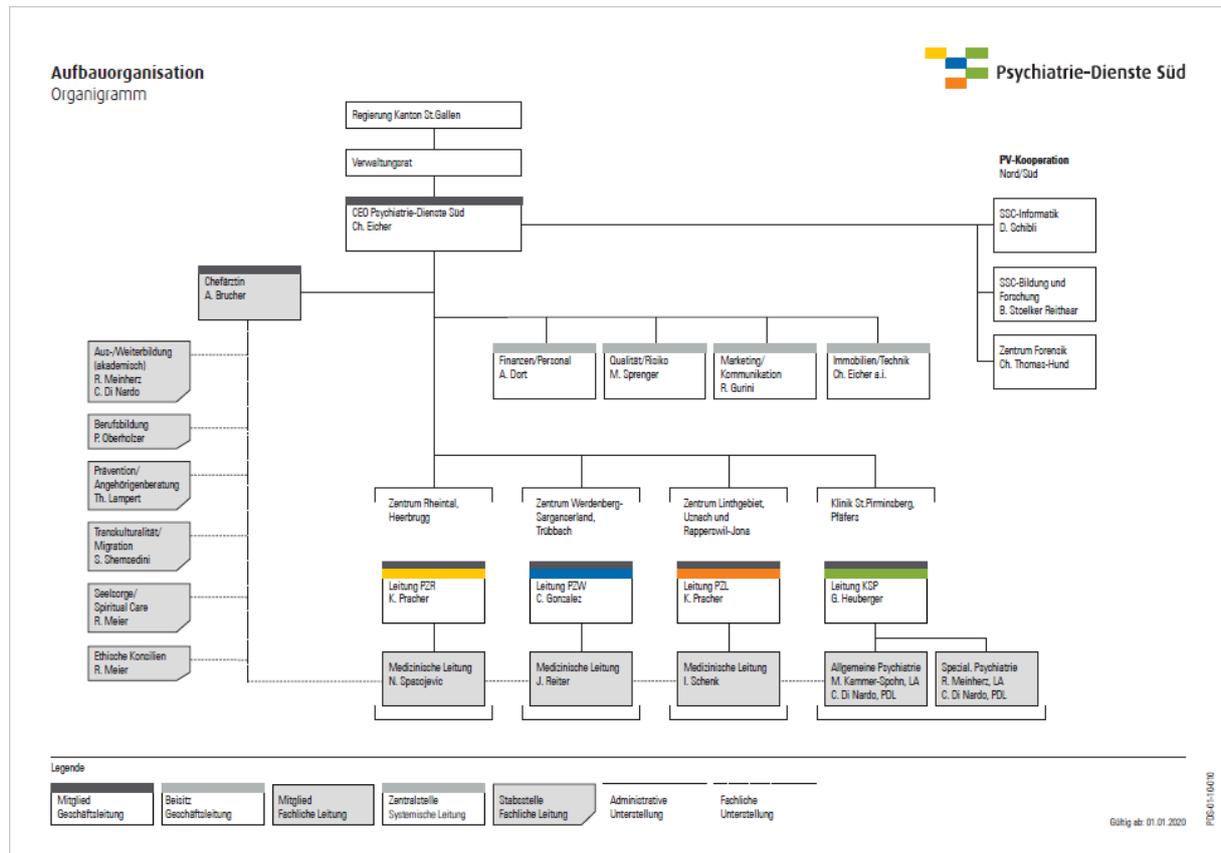
Das Versorgungsmodell ist systemisch-patientenorientiert. Die Grundversorgung erfolgt möglichst gemeindenah, in enger Vernetzung mit regionalen Leistungspartnern. Die ambulanten und tagesklinischen Leistungen werden primär von den drei regionalen Psychiatrie-Zentren in Heerbrugg, Trübbach und Uznach/Rapperswil-Jona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

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

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Dr. med. Angela Brucher  
 Chefärztin und Qualitätsverantwortliche  
 081 303 60 60  
[angela.brucher@psych.ch](mailto:angela.brucher@psych.ch)

Herr Marco Sprenger  
 Leiter Qualität- und Risikomanagement  
 081 303 61 13  
[marco.sprenger@psych.ch](mailto:marco.sprenger@psych.ch)

Herr Rainer Kiworra  
 Qualitätsmanager, Programmleiter Lean  
 081 303 61 13  
[rainer.kiworra@psych.ch](mailto:rainer.kiworra@psych.ch)

Frau Johanna Reiner  
 Administration  
 081 303 61 13  
[johanna.reiner@psych.ch](mailto:johanna.reiner@psych.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

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

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

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

##### **Zusammenarbeit Psychiatrieverbunde Kanton St.Gallen**

Weiterentwicklung der Berichterstattung gegenüber Geschäftsleitung und Verwaltungsrat, Regelmässiger Austausch, Nutzung von Synergiepotentialen und Benchmarkmöglichkeiten

##### **Zufriedenheitsbefragungen**

Patientenzufriedenheit: tagesklinisch und stationär  
Zuweiserbefragung (qualitativ)  
Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung

##### **TARPSY**

Obligatorische Kodierrevision  
Umsetzung Kodierrevision 2.0

##### **Datenschutz**

Controlling E-Learning Lehrgang «Datenschutz u. Datensicherheit» aufgebaut  
Projekt Datenschutzcompliance (Erfassung von Datensammlungen, Verarbeitungstätigkeiten u. Softwares, ADV usw.)  
Prozessoptimierungen und Informationsvermittlung

##### **EFQM**

Anerkennung 3\*Star ausgelaufen per November 2019  
Vorbereitung R4E Anerkennung nach Modelrevision 2020 im Herbst 2020

##### **Prozessmanagement**

Optimierung Dokumenten- und Prozessbewirtschaftung  
Weiterentwicklung Prozesslandkarte  
Internes Prozessaudit

##### **Meldeportale**

CIRS (Betrieb, Softwarewechsel vollzogen)  
Ideemanagement (Betrieb, Softwarewechsel vollzogen)

ELVIS (Integration Electronic Vigilance System)  
Feedback (Betrieb)

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

### **Zusammenarbeit Psychiatrieverbunde Kanton St.Gallen**

Die Zusammenarbeit innerhalb der St.Galler Psychiatrieverbunde wurde insbesondere auf Ebene Qualitäts- und Risikomanagement weiter ausgebaut. Dabei stand die Nutzung von Synergien im Bereich Berichterstattung, Controlling und die Nutzung von gemeinsamen Instrumenten und Benchmarking im Vordergrund

### **Zufriedenheitsbefragungen**

Erhebung der Patientenzufriedenheit stationär und tagesklinisch. Zudem erfolgte eine Zuweiserbefragung wie auch eine Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung in Zusammenarbeit mit den Psychiatrie St.Gallen Nord

### **Outcome-Messungen**

Die obligatorischen ANQ Outcome-Messungen wurden durchgeführt, ebenso eine Patientenzufriedenheit Befragung nach Modell ANQ. Ergänzend wurden Outcome-Messungen im tagesklinischen Bereich wieder eingeführt, nachdem im Berichtsjahr 2018 auf die Erhebung infolge von Symstemumstellungen verzichtet wurde

### **TARPSY**

Die obligatorische Kodierrevision konnte erfolgreich durchgeführt werden, zudem erfolgte die Umsetzung der Tarpsy Revision 2.0

### **Datenmanagement**

Steigerung der Datenqualität im Bereich BfS- und PSA-Datensatz durch Optimierung der Erhebungs- und Controllingprozesse. Dies erlaubt künftig zudem die Einführung eines gezielten, datenbasierten Zuweisermanagements

### **LEAN Management**

Einführung von obligatorischen Schulungen auf Ebene Mitarbeitende und Kaderpersonen. Dadurch gelang die Verankerung von Kaizen-Boards in Teams und die wachsende Erkenntnis, durch Prozessanpassungen Veränderungen positiv beeinflussen zu können. Der Aufbau Leanorganisation stand im Zentrum der Aktivitäten

### **EFQM**

Die EFQM Anerkennung 3\*Star ist per November 2019 ausgelaufen, daher liefen bereits Vorbereitung für eine R4E Anerkennung nach der Modelrevision 2020 im Herbst 2020

### **Prozessmanagement**

Es wurden Optimierungen im Bereich Dokumenten- und Prozessbewirtschaftung umgesetzt und die Prozesslandkarte weiterentwickelt. Der Reifegrad wurde durch ein internes Prozessaudit überprüft, Massnahmen definiert und in der Folge umgesetzt

### **Meldeportale**

Regulärer Betrieb der gängigen Meldeportale CIRS, Idee- und Feedbackmanagement. Zudem wurde ELVIS (Electronic Vigilance System) eingeführt und für die Meldeportale CIRS und Idee ein Softwarewechsel vollzogen

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

**Zusammenarbeit Psychiatrieverbunde St.Gallen:**

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

**Zufriedenheitsmessungen:**

Patientenzufriedenheit ambulant: Vorbereitung nächster Befragungszyklus 2021

Patientenzufriedenheit tagesklinisch: Evaluation Ergebnisse 2019. Vorbereitung und Erhebung der Patientenzufriedenheit 2020. Präsentation der Ergebnisse 2019, daraus abgeleitete Massnahmenplanung und -umsetzung. Die Auswertung und Berichterstattung der Ergebnisse 2020 erfolgt in Q1 2021

Patientenzufriedenheit stationär: Abschluss Erhebungszyklus 2019/2020. Die Auswertung und Berichterstattung der Ergebnisse erfolgt in Q3/Q4 2020

Patientenzufriedenheit stationär ANQ: Vorbereitung und Erhebung Patientenzufriedenheit stationär ANQ. Die Auswertung und Berichterstattung der Ergebnisse 2020 erfolgt in Q3/Q4 2020

Mitarbeitendenzufriedenheit: Massnahmenplanung und -umsetzung der Befragung 2019

Zuweiserzufriedenheit: Massnahmenplanung und -umsetzung der Befragung 2019

**Kontinuierlicher Verbesserungsprozess:**

EFQM: Regelmässige Überprüfung Entwicklungsstand auf Basis des EFQM Feedbackberichts Recognised for Excellence 3-Sterne. Durchführung Anerkennungsverfahren nach dem EFQM Modell 2020 im Herbst 2020

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

**TARPSY:**

Durchführung der jährlichen, gesetzlich verpflichtenden Tarpsy-Revision. Analyse von Chancen und Risiken durch die Tarpsy Revision 3.0 per Anfang 2021, ableiten von geeigneten Massnahmen unter Berücksichtigung von Zusatzentgelten, CHOP-Codes usw.

**Datenschutz:**

Projektfortsetzung Datenschutz Compliance in Zusammenarbeit mit den Psychiatrie St.Gallen Nord. Dabei erfolgt eine externe Projektbegleitung durch eine Anwaltskanzlei. Umsetzung Anforderungen EU-DSGVO und neues kantonales Datenschutzgesetz. Projektdauer bis ca. 2021. Ermittlung des Reifegrades mittels GAP-Analyse und Bewertung nach ISO 27001

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
▪ 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>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik allgemein</li> <li>▪ Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik niederschwellig</li> <li>▪ Patientenzufriedenheitsbefragung stationär</li> </ul>	
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mitarbeiterzufriedenheit</li> </ul>	
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuweiserzufriedenheit</li> </ul>	
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:	
<i>Stürze</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sturzerhebung</li> </ul>	
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aggressionsereignisse</li> </ul>	

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Recovery

<b>Ziel</b>	Erzielen einer hohen Behandlungsqualität sowie eines herausragenden Behandlungserfolges
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtunternehmen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2012 bis auf weiteres
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Das Recovery-Modell ist ein Konzept, welches bei psychischen Störungen und Suchtkrankheiten zum Tragen kommt und das Genesungspotential der Betroffenen hervorhebt und unterstützt. Zielsetzung der Therapien ist der grundsätzliche Anspruch, den Patienten / die Patientin genesen zu lassen, also in einen Zustand zu versetzen, in der die Person sich befand, bevor sie erkrankte. Im Zentrum steht dabei die ressourcenorientierte Zusammenarbeit zwischen der erkrankten Person und Ihrem Behandlungsteam.
<b>Methodik</b>	Recovery, Empowerment, Adherence, Peers
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interdisziplinär
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Patientinnen und Patienten werden systematisch in die Behandlung einbezogen (Recovery, Empowerment, Adherence). Psychiatrieerfahrene Peers werden zur Begleitung von Patientinnen und Patienten eingestellt und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung.

##### Orientierung am EFQM Modell

<b>Ziel</b>	Systematische und ganzheitliche Weiterentwicklung des Unternehmens
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtunternehmen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2016 bis auf weiteres
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Die bestehende ISO-Zertifizierung nach ISO 9001:2008 wurde bewusst nicht aufrechterhalten. Sie lieferte zuletzt keine gravierend neuen Erkenntnisse zur Weiterentwicklung des Unternehmens. Die Entscheidung, die Entwicklung in Richtung EFQM zu lenken verfolgt einen ganzheitlicheren Ansatz (TQM), führt zu einer umfassenden Auseinandersetzung mit Prozessen, Werten und der strategischen Ausrichtung.
<b>Methodik</b>	Selbstassessment, Fremdassessment, externe Begleitung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interdisziplinär
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Weitere Details sind dem Punkt 18.3.1 zu entnehmen

## LEAN Management

<b>Ziel</b>	Mittels Einsatz von 'LEAN Management' die Produktivität / Effizienz in allen Disziplinen messbar steigern und den Fokus auf die Kundenorientierung legen.
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtunternehmen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	2015 bis auf weiteres
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Durch umfassende Analysen und Prozessoptimierungen wollen die Psychiatrie-Dienste Süd die Grundlagen schaffen, um mit den bestehenden Ressourcen die stetig steigenden Anforderungen zu bewältigen.
<b>Methodik</b>	Aufbau einer internen Programmleitung, Verankerung im Strategieportfolio
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interdisziplinär
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Pilotprojekte wurden 2016 gestartet und mehrheitlich umgesetzt. Eine Ausweitung auf weitere Unternehmensbereich wurde beschlossen und das Projekt bis 2018 verlängert. 2018 erfolgte der Projektabschluss mit der Überführung ins strategische Zielprogramm. LEAN wird ab 2018 als festes Programm geführt mit langfristiger Ausrichtung und Zielsetzung.

## Bemerkungen

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat im Jahr 2010 ein CIRS eingeführt.

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

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

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

#### **Bemerkungen**

Es wird ein jährlicher Bericht zuhanden der Geschäftsleitung erstellt, in welchem die Erkenntnisse aufgezeigt, exemplarische Verbesserungsprojekte und Aktivitäten für die kommenden Jahre definiert sind. In der Folge wird der Bericht allen Interessierten im Unternehmen 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 Webapplikation 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
EFQM Recognised for Excellence, 3*Star	Gesamtbetrieb	2017	2017	Kontinuierliche Weiterentwicklung des Unternehmens um Mehrwerte für sämtliche Anspruchsgruppen schaffen zu können
REKOLE	Gesamtbetrieb	2012	2016	Es ist jährlich ein internes Audit durchzuführen. Externe Prüfung alle 4 Jahre
AFUE Umwelteigenkontrolle	Gesamtbetrieb	2013	2019	Amt für Umwelt und Energie: Umwelt Eigenkontrolle
Friendly Workspace (Gesundheitsförderung Schweiz)	Gesamtbetrieb	2017	2017	Integration Gesundheitsmanagement (BGM) in Unternehmensstrategie
Ausbildungsbetrieb auf Stufe Höhere Fachschule Pflege-Anerkennung	Gesamtbetrieb	2009	2018	Alle 5 Jahre Wiederanerkennung
SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätte	Gesamtbetrieb	2018	2019	Anerkennung der in der Weiterbildungsstätte geleisteten Unterstützung für die ärztliche Weiterbildung. Details siehe: <a href="https://www.psych.ch/karriere/aus-und-weiterbildung/">https://www.psych.ch/karriere/aus-und-weiterbildung/</a>
DBT-Behandlungseinheit nach den Richtlinien des Dachverbandes für DBT	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2018	2018	Störungsspezifische Spezialbehandlungsangebot
IBEX Fairstay Gold	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2013	2018	Nachhaltigkeit in Umwelt,

				Soziales und Wirtschaft
Culinarium 3 Kronen	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2008	2017	Gastrobetrieb der Klinik St. Pirminsberg. 3 Kronen
Zertifikat für naturnahe Gestaltung Areal	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2009	2019	Natur und Wirtschaft
Zertifikat Energie-Agentur der Wirtschaft	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2015	2018	Reduktion der CO2-Abgabe und kWh, für nachhaltigen Klimaschutz
PET-Recycling Schweiz Umwelt-Zertifikat	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2018	2019	Engagement für Nachhaltigkeit durch Ressourcen schonen und Wertstoff recycling
Minergie Zertifikat	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2010	unbefristet	Neubau A6
Branchenlösung H+ Arbeitssicherheit	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2003	2017	Externer Auditturnus alle 3-4 Jahre
Verein für medizinische Qualitätskontrolle (MQZH)	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2010	2019	Laboruntersuchungen
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle (CSCQ)	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	1996	2018	Laboruntersuchungen

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

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

Im Jahr 2018 wurde die Befragung dann bereits im Frühjahr durchgeführt.

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

#### Messergebnisse

Fragen		Zufriedenheitswert, Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
<b>St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd</b>		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?		3.99 (3.74 - 4.23)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?		4.58 (4.36 - 4.79)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?		4.29 (4.07 - 4.51)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?		4.05 (3.71 - 4.38)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?		4.21 (3.93 - 4.50)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?		4.02 (3.74 - 4.29)
Anzahl angeschriebene Patienten 2018		196
Anzahl eingetreffener Fragebogen	45	Rücklauf in Prozent 23 %

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

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

**Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten**

Die Ergebnisse 2018 zeigen durchgängig, mit einer Ausnahme, eine höhere Patientenzufriedenheit als in der Erhebungsperiode 2017. Einzig die Frage zur Austrittsvorbereitung hat sich im Jahresvergleich verschlechtert. Im nationalen Vergleich befinden sich die Ergebnisse der Klinik St.Priminsberg bei 2 Items unterhalb dem adjustierten Mittelwert, bei 4 über dem Mittelwert, jedoch stets innerhalb des 95% Konfidenzintervalls, somit sind für die Klinik St.Pirminsberg Pfäfers keine signifikanten Unterschiede erkennbar.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die von April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten der Forensik.</li> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung Tagesklinik allgemein

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 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 ergänzende EKommunikation 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 2019 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 ergänzende Erläuterungen führt möglicherweise zu Irritationen, daher wird darauf verzichtet. Für Interessierte, Benchmarkaktivitäten oder Diskussionen werden die Daten jedoch zur Verfügung gestellt.

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

### 5.2.3 Patientenzufriedenheitsbefragung ambulant

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.

Die nächste Patientenbefragung erfolgt im Jahr 2021.

Psychiatrie-Zentrum Rheintal, Psychiatrie-Zentrum Werdenberg-Sarganserland, Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet.

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

### 5.2.4 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 weiterzuentwickeln.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 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 ergänzende Erläuterungen 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

Feedbackmanagement

Rainer Kiworra

Qualitätsmanager, Programmleiter Lean

Management

081 303 61 13

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

## 6 Angehörigenzufriedenheit

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

### 6.1 Eigene Befragung

#### 6.1.1 Pilotprojekt Angehörigenbefragung

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

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 2015 durchgeführt.

Die nächste Angehörigenbefragung erfolgt im Jahr 2020.

Alle Abteilungen der Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Angehörigenbefragung

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 09.05.2019 bis 14.06.2019 durchgeführt.  
Psychiatrie-Dienste Süd (Gesamtunternehmen)

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

## 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 weiterzuentwickeln.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 01.10.2019 bis 31.12.2019 durchgeführt.  
Psychiatrie-Dienste Süd (Gesamtunternehmen)

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.

## 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 2019 durchgeführt.  
Alle Abteilungen der 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 Pflegefachpersonen 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](http://www.anq.ch/psychiatrie)

#### Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2015	2016	2017	2018
<b>St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd</b>				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	12.10	11.62	9.47	6.95
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2018				68212

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

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

**Freiheitsbeschränkende Massnahmen (EFM):** Als Klinik der Akut- und Grundversorgung lassen sich freiheitsbeschränkende Massnahmen nicht gänzlich verhindern. Die Ergebnisse der Klinik St.Pirminsborg weisen für 2018 jedoch eine signifikant unterdurchschnittlich hohe Anzahl betroffener Patienten aus. Die Anzahl Betroffener Fälle sowie ein deutlicher Rückgang bei der Häufigkeit und Dauer von Isolationen wie auch Fixationen sind Ausdruck regelmässiger Reflektionsprozesse und gelebter Patientenorientierung.

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

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	EFM

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

## 15 Psychische Symptombelastung

### 15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

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

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

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

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

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

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

#### Messergebnisse

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

HoNOS Adults	2015	2016	2017	2018
<b>St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	7.12	6.98	7.31	8.32
Standardabweichung (+/-)	5.87	5.76	5.59	6.12
Anzahl auswertbare Fälle 2018				1285
Anteil in Prozent				97.1 %

Wertung der Ergebnisse:

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

BSCL	2015	2016	2017	2018
<b>St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd</b>				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	36.88	36.38	34.75	33.72
Standardabweichung (+/-)	34.18	35.15	35.54	32.89
Anzahl auswertbare Fälle 2018				1260
Anteil in Prozent				95.3 %

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

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

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

**Fremdbewertung (HoNOS):** Die HoNOS-Ergebnisse werden patientenbezogen zum Erstellen des individuellen Behandlungsplans genutzt und tragen auf diese Weise unmittelbar zur Behandlungsqualität bei. Insbesondere Effekte der Risikoadjustierung (z.B. wenige FU) haben für die Ergebnisse 2018 dazu geführt, dass trotz überdurchschnittlicher Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren ein unterdurchschnittliches Ergebnis resultiert. Der Längsvergleich über die letzten Jahre zeigt indes eine deutlich positive Entwicklung.

**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 der Klinik St.Pirminsberg nicht von denen anderer Kliniken. Der Längsvergleich über die letzten Jahre zeigt eine konstante Entwicklung, der subjektive Behandlungserfolg ist somit als stabil zu betrachten.

**Angaben zur Messung**

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

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

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

## 17 Weitere Qualitätsmessung

### 17.1 Weitere eigene Messung

#### 17.1.1 Aggressionsereignisse

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.  
Alle Abteilungen der Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Angebotsstrategie 2020

##### **Projektart**

Intern in Zusammenarbeit mit dem Psychiatrieverbund St.Gallen Nord

##### **Projektziel**

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

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

##### **Projekttablauf / Methodik**

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

##### **Involvierte Berufsgruppen**

Interdisziplinär

##### **Projektelevaluation / Konsequenzen**

Durch die Initialisierung eines fachlichen Entwicklungsgremiums zur Angebotssteuerung über beide St.Galler Psychiatrieverbunde soll die fachliche Entwicklung koordiniert und abgestimmt werden. Angebotsschärfungen, Spezialisierungen und Orientierung an Best Practice Ansätzen sowie eine nachhaltige Verankerung stehen im Zentrum der Aktivitäten.

## 18.1.2 Behindertenpsychiatrie (stationär)

### **Projektart**

Intern in Zusammenarbeit mit dem Psychiatrieverbund St.Gallen Nord

### **Projektziel**

Sicherstellung einer stationären medizinisch-psychiatrischen Versorgung für Menschen mit einer kognitiven Behinderung durch die gemeinsame (Psychiatrie St.Gallen Nord, Psychiatrie-Dienste Süd, INSOS SG-AI, Betroffene) Erarbeitung eines Fachkonzepts. Auch wenn der Fokus zunächst auf die aufsuchende ambulante Behandlung gelegt wurde, soll jetzt in einem Folgeprojekt bearbeitet werden, wie die stationäre Behandlung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung während eines Klinikaufenthaltes idealerweise organisiert ist.

Ziel der Dienstleistung ist eine fachlich fundierte und effiziente Diagnostik, Behandlung und Beratung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Störungen im stationären Setting. Die Einbindung der heilpädagogischen Fachkompetenz, das Wissen über entwicklungspsychologische Besonderheiten von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und die Berücksichtigung von Milieufaktoren sollen eine differenzierte, die psychiatrische Klassifikationssysteme ergänzende Interpretation von Verhaltensauffälligkeiten ermöglichen. Wenn eine stationäre Behandlung indiziert ist, soll das relevante Umfeld miteinbezogen werden und am therapeutischen Prozess teilnehmen. So kann eine optimale soziale Vernetzung, eine schnelle Wiedereingliederung, eine gute Kommunikation von Behandlungs- und Lösungsansätzen und deren Nachhaltigkeit erreicht werden.

### **Projekttablauf / Methodik**

Erarbeitung eines Fachkonzeptes mit regelmässige Reviews der beteiligten Institutionen und Fachgremien. Anschliessend entscheid über weiters Vorgehen und Erstellung der Umsetzungsplanung.

### **Involvierte Berufsgruppen**

Interdisziplinär. Die Projektorganisation bestand aus Mitgliedern Psychiatrie-Dienste Süd, der Psychiatrie St.Gallen Nord, Amt für Soziales, INSOS SG-AI und Betroffenen.

### **Projektelevaluation / Konsequenzen**

Erstellung Fachkonzept per Ende 2019, nach Freigabe Erarbeitung Umsetzungsplanung bis Q3 2020.

### 18.1.3 Gemeindeintegrierte Akutversorgung (GiA)

**Projektart**

Intern in Zusammenarbeit mit dem Psychiatrieverbund St.Gallen Nord

**Projektziel**

Die aufsuchende psychiatrische Behandlung gewinnt mit den Fokussen «ambulant vor stationär» und «gemeindenaher psychiatrischer Versorgung» zunehmend an Bedeutung. Das Angebot umfasst vor allem Leistungen der aufsuchenden Psychiatriepflege. In einer Projektskizze, welche die Weiterentwicklung der aufsuchenden psychiatrischen Behandlung im Rahmen dieser Strategie beinhaltet, haben die beiden Psychiatrieverbände ein Konzept erarbeitet, wie stationäre Patientinnen und Patienten intensiv, d.h. hochfrequent aufsuchend in deren häuslichem Umfeld im Rahmen eines Home Treatments (HAT) behandelt werden können (GiA).

**Projektlauf / Methodik**

Erarbeitung eines Fachkonzeptes mit regelmässigen Reviews der beteiligten Institutionen und Fachgremien. Anschliessend Entscheidung über weiteres Vorgehen und Erstellung Detailkonzept inkl. Umsetzungsplanung.

**Involvierte Berufsgruppen**

Interdisziplinär

**Projektergebnisse / Konsequenzen**

Erstellung Grobkonzept per Ende 2019, nach Freigabe Erarbeitung Umsetzungsplanung inkl. Geschäftsplan und tariflichen Grundlagen bis Q3 2020.

### 18.1.4 Recovery College

**Projektart**

Intern

**Projektziel**

Ziel des Projekts ist die Implementierung und der Betrieb eines Recovery College. Das Angebot zieht eine Erweiterung des Leistungsauftrags mit sich mit der Betonung von Angeboten der Prävention und Förderung von Wissen mit der Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung (community based). Wie in der Definition beschrieben umfassen Empowerment mit politischen, sozialen und kulturellen gesellschaftlichen Massnahmen relevante Themen für psychische Gesundheit, welche gemeindenah implementiert sind. Für die Psychiatrie-Dienste Süd bedeutet dies eine gesellschaftliche Verantwortung für psychische Gesundheit auf Gemeindeebene zu übernehmen. Anspruchsgruppen sind Betroffene, Angehörige, Fachleute und Interessierte aus der Bevölkerung des Einzugsgebiets der Psychiatrie-Dienste Süd sowie deren Schnittmengen, etwa Fachperson / Angehöriger in einer Person. Das Angebot verfolgt keinen therapeutischen Auftrag sondern sieht sich als Bildungsangebot mit Schwerpunkt auf kollaborativem und kooperativem Lernen. Ein Ziel ist weiter die Unterstützung von Menschen in sensiblen Phasen (Krisen, Suizidalität, Elternschaft) im Sinne einer selektiven Prävention und Prophylaxe, einerseits mit einem strukturellen Angebot, andererseits mit einer inhaltlichen Auseinandersetzung, beispielsweise im Zusammenhang mit Suizidalität bei Klinikaustritt.

**Projektlauf / Methodik**

Klärung Finanzierung, Erarbeitung Detailkonzept (Grobkonzept bereits vorliegend), geplanter Projektstart ab Q3 2020 mit stetiger Erweiterung.

**Involvierte Berufsgruppen**

Interdisziplinär

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Projektstart erfolgte im Q4 2019 und wird voraussichtlich bis Q4 2021 dauern.

### 18.1.5 Akut- und Intensivbehandlung

**Projektart**

Intern

**Projektziel**

Mit dem Projekt Akut- und Intensivbehandlung wurde ein Prozess initialisiert, mit dem Ziel, die Behandlungsqualität zu steigern und die Versorgungssicherheit zu erhöhen. Insbesondere die Vorhalteleistung von Akut- und Intensivbetten gilt dabei als ein ausgewiesenes Ziel. Bis Q2 2020 soll das Projekt abgeschlossen sein. Ergänzende Instrumente wie der Einsatz einer Medienwand in den Sicherheitszimmern soll geprüft werden.

**Projektlauf / Methodik**

Internes Fachgremium mit externer Beratung für IST-Erhebung, in der Folge wurde ein Projektteam gebildet welches sich seither mit der Thematik beschäftigt. Bestehende Raumressourcen wurden zu Krisenzimmer umgebaut und ein Fachkonzept für die Nutzung bzw. Differenzierung von Sicherheits-, Krisen- und Überwachungszimmern erstellt.

**Involvierte Berufsgruppen**

Interdisziplinär

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Der Projektstart erfolgte in 2018, die Krisenzimmer sind erstellt, das ergänzende Fachkonzept soll bis Q1 2020 fertiggestellt sein.

### 18.1.6 Safewards

**Projektart**

Intern

**Projektziel**

Es gibt im Versorgungsgeschehen auf psychiatrischen Akutstationen eine Vielzahl von Risikoeinschätzungen und pflegerischen Abklärungen. Sie weichen stark voneinander ab und führen selten zu mehr als nur grundlegenden Vorkehrungen, um den Patienten Sicherheit zu bieten. Safewards erklärt den Zusammenhang zwischen Konflikt und Eindämmung, identifiziert Möglichkeiten, in denen Mitarbeiter eingreifen können und generiert Ideen für Veränderungen, die das Potenzial haben, Konflikte und Eindämmung zu reduzieren.

**Projektlauf / Methodik**

Internes Fachgremium mit externer Unterstützung, Implementierung von Safewards auf 3 Akutstationen

**Involvierte Berufsgruppen**

Interdisziplinär

**Projektergebnis / Konsequenzen**

Der Projektstart erfolgte in Q2 2019, das Projektende wird für Q3 2021 angestrebt.

### 18.1.7 Akademisierung Pflege

**Projektart:**

Intern

**Projektziel:**

Ein differenzierter Skill-Grade-Mix im Bereich Pflege entsprechend dem Auftrag der Abteilung/Station unter der fachlichen Leitung einer APN (Advanced Practice Nurse), MSc.

Mitarbeitende in der Pflege haben eine berufliche Entwicklungsperspektive und werden gezielt gefördert. Die daraus resultierende hohe Pflegekompetenz leistet einen wertvollen Beitrag im interprofessionellen Behandlungsteam und trägt damit wesentlich zu einer guten Behandlungsqualität bei. Eine APN (Advanced Practice Nurse), die jeweils mindestens 50% in der direkten Pflege tätig ist, entwickelt konstant die Pflegequalität vor Ort und unterstützt das Pflegeteam in komplexen Situationen. Sie fördert die fachliche Integration der Pflegeleistung in das interprofessionelle Team und unterstützt damit den fachlich verantwortlichen Oberarzt konkret.

Eine „starke Pflege“ entfaltet eine Anziehung für engagierte, ambitionierte Pflegende als Standortvorteil für die Organisation. Pflegende, die in einen Entwicklungsprozess eingebunden sind und entsprechend ihrer Kompetenzen arbeiten können, leisten eine engagierte Pflege.

**Projektlauf / Methodik:**

Erarbeitung Detailkonzept, Rekrutierung, Mitarbeiterförderung, Klarer Skill und Grademix, geplante Umsetzung bis Ende 2021

**Involvierte Berufsgruppen:**

Grundsätzlich Interdisziplinär aber hauptsächlich Pflegefachpersonen HF+ FH

**Projektergebnis / Konsequenzen**

Projektstart erfolgte Ende 2018 und wird voraussichtlich bis Anfang 2021 dauern

### 18.1.8 eHealth

**Projektart**

Intern in Zusammenarbeit mit dem Psychiatrieverbund St.Gallen Nord

**Projektziel**

Die St.Galler Psychiatrieverbunde sind als stationäre Leistungserbringer, welche über das KVG abrechnen verpflichtet, sich bis spätestens April 2020 einer zertifizierten Gemeinschaft im Sinne des Eidgenössischen Gesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) anzuschliessen. Um den dadurch anfallenden Aufwand zu reduzieren, wird anschliessend eine Integration der Primärsysteme geplant. Potenzial entsteht durch die mögliche Umsetzung von B2B-Prozessen, da alle Kliniken ihre Daten im EPD zur Verfügung stellen müssen.

**Projekttablauf / Methodik**

- Anbindung an eHealth Plattform XAD
- Integration der Primärsysteme (Optional)
- B2B Prozesse (Optional)

**Involvierte Berufsgruppen**

Interdisziplinär

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Anschluss an Stammgemeinschaft ist 2019 erfolgt. Im Folgejahr werden die internen Prozesse definiert, die Deklaration von Medizinalfachpersonen und Hilfspersonen geplant sowie evaluiert, in wie weit eine Integration in die Primärsysteme zielführend sein könnte.

### 18.1.9 Datenschutz Compliance

**Projektart**

Intern

**Projektziel**

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

**Projekttablauf / Methodik**

Projektorganisation in Zusammenarbeit mit dem Psychiatrieverbund St.Gallen Nord sowie einer externen Projektbegleitung durch eine Anwaltskanzlei. Derzeit laufen diverse Erhebungsprozesse, ab Mitte 2020 erfolgt eine Bewertung der Compliance mittels GAP-Analyse. In der Folge wird zu planen sein, welche Massnahmen Priorität angegangen werden.

**Involvierte Berufsgruppen**

Interdisziplinär

**Projektelevaluation / Konsequenzen**

Der Projektstart erfolgte in Q4 2018, das Projektende ist voraussichtlich Q4 2021. Die aus dem Projekt gewonnen Erkenntnisse fliessen in den Praxisalltag ein und werden laufend umgesetzt.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

### 18.2.1 Behindertenpsychiatrie (ambulant)

#### **Projektart**

Intern in Zusammenarbeit mit dem Psychiatrieverbund St.Gallen Nord

#### **Projektziel**

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

#### **Projektlauf / Methodik**

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

#### **Involvierte Berufsgruppen**

Interdisziplinär

#### **Projektevaluation / Konsequenzen**

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

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 EFQM Recognised for Excellence (R4E)

**Projektart:**

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

**Projektziel:**

Nachhaltiger Unternehmenserfolg durch schlanke Organisation, kontinuierliche Verbesserung und streben nach herausragenden Prozessen und Ergebnissen.

EFQM Anerkennung Recognised for Excellence (R4E) 4-Sterne im Jahr 2020/2023

**Projekttablauf / Methodik:**

Selbstassessment, November 2016

Fremdassessment, November 2017

Interne Prozessaudits, Mai 2018

Interne Prozessaudits, Mai 2019

Fremdassessment, November 2020 (nach Modell 2020)

Zielsetzung: Fremdassessment 2023 mit Anerkennung Recognised for Excellence 4-Sterne

**Involvierte Berufsgruppen:**

Mitarbeitende Psychiatrie-Dienste Süd (Gesamtunternehmen)

**Projektelevaluation:**

Nach erfolgreicher EFQM Anerkennung Recognised for Excellence 3-Sterne im November 2017 streben die Psychiatrie-Dienste Süd die Wiederanerkennung im Rahmen eines erneuten Fremdassessments 2020 an. Ziel ist die Bestätigung der 3-Sterne Anerkennung, zur Anwendung kommen wird dabei das EFQM Modell der Modellrevision 2020. Mittelfristig wird eine 4-Sterne Anerkennung verfolgt.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Die Psychiatrie-Dienste Süd orientieren sich vorrangig am EFQM-Modell, haben sich jedoch entschieden ihr Prozessmanagement-System mit Hilfe des ISO 9001:2008 Modells aufzubauen. Die ISO 9001 Zertifizierung verfiel im November 2016 und wird nicht weiter aufrechterhalten. Das bestehende und weiterentwickelte Prozessmanagementsystem wird jedoch gepflegt und kontinuierlich weiterentwickelt. 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 (Unternehmensstrategie, 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 und -Coaching).
- ... schaffen Mehrwert und steigern ihre Leistung durch kontinuierliche und systematische Innovation, in dem sie die Kreativität all ihrer Interessengruppen nutzbar machen (Ideenmanagement).
- ... 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)
- ... schliessen ethische Haltung, klare Werte und die höchsten Verhaltensstandards als integrale Bestandteile in ihre Kultur mit ein, was sie dazu befähigt, ökonomische, soziale und ökologische Nachhaltigkeit anzustreben (Führungsgrundsätze)

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### Psychiatrie

#### Leistungsangebot in der Psychiatrie

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

## Herausgeber



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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/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 Spitätern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/)



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

## Weitere Gremien



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

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



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

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



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

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