



Psychiatrie-Dienste Süd

Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

02.03.2021
Marco Sprenger, Leiter Qualitäts- und Risikomanagement

Version 3

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 2020.

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 2020

Herr
Marco Sprenger
Leiter Qualitäts- und Risikomanagement
058 178 62 91
marco.sprenger@psych.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform spitalinfo.ch zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin 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 2020	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	11
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	12
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	12
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	15
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	16
QUALITÄTSMESSUNGEN	18
Befragungen	19
5 Patientenzufriedenheit	19
5.1 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
6 Angehörigenzufriedenheit	23
6.1 Eigene Befragung	23
6.1.1 Angehörigenbefragung	23
7 Mitarbeiterzufriedenheit	24
7.1 Eigene Befragung	24
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit	24
8 Zuweiserzufriedenheit	25
8.1 Eigene Befragung	25
8.1.1 Zuweiserzufriedenheit	25
Behandlungsqualität	26
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	26
12.1 Eigene Messung	26
12.1.1 Sturzerhebung	26
13 Wundliegen	27
13.1 Eigene Messungen	27
13.1.1 Dekubitus NG	27

14	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	28
14.1	Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	28
15	Psychische Symptombelastung	29
15.1	Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	29
16	Zielerreichung und Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
17	Weitere Qualitätsmessung	31
17.1	Weitere eigene Messung	31
17.1.1	Aggressionsereignisse	31
18	Projekte im Detail	32
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	32
18.1.1	Heilpädagogisch psychiatrische Behandlung stationär	32
18.1.2	Recovery College	33
18.1.3	Safewards	33
18.1.4	eHealth	34
18.1.5	Datenschutz Compliance	34
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020	35
18.2.1	Angebotsstrategie	35
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	36
18.3.1	EFQM Recognised for Excellence (R4E).....	36
19	Schlusswort und Ausblick	37
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		38
Psychiatrie		38
Herausgeber		39

1 Einleitung

Die Psychiatrie-Dienste Süd sind eine selbständige öffentlich-rechtliche Fachinstitution mit einem umfassenden psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Leistungsangebot, das sich den sich laufend verändernden Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten konsequent anpasst. Sie beraten, behandeln und begleiten psychisch kranke und beeinträchtigte Menschen im Erwachsenenalter, integriert in die Gesundheitsversorgungssysteme im südlichen Teil des Kantons St.Gallen.

Die Ziele sind die Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und 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.

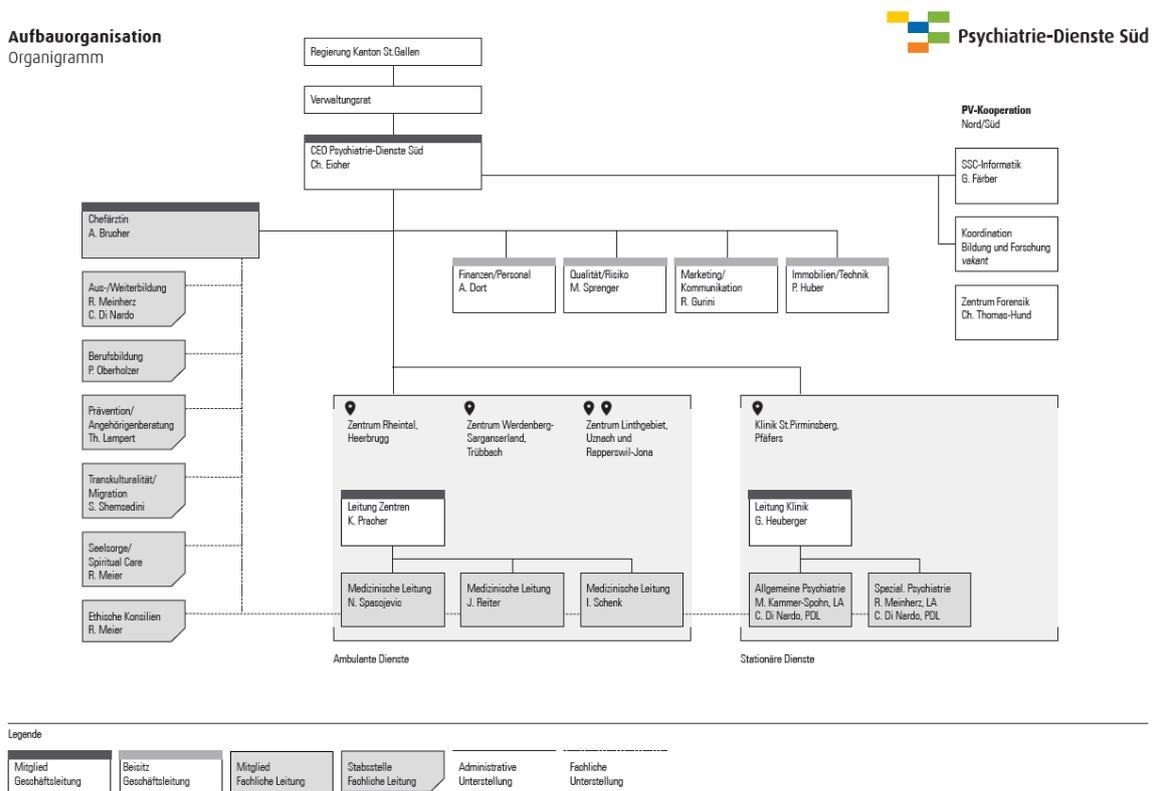
Das Versorgungsmodell ist systemisch-patientenorientiert. Die Grundversorgung erfolgt möglichst gemeindenah, in enger Vernetzung mit regionalen Leistungspartnern. Die ambulanten und tagesklinischen Leistungen werden primär von den drei regionalen Psychiatrie-Zentren in Heerbrugg, Trübbach und Uznach/Rapperswil-Jona 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
058 178 60 60
angela.brucher@psych.ch

Herr Marco Sprenger
Leiter Qualität- und Risikomanagement
058 178 62 91
marco.sprenger@psych.ch

Herr Rainer Kiworra
Qualitätsmanager, Programmleiter Lean
058 178 62 92
rainer.kiworra@psych.ch

Frau Johanna Reiner
Administration
058 178 62 95
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 2020

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.gallischen Psychiatrieverbunden (Psychiatrie St.Gallen Nord, Psychiatrie-Dienste Süd)

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

EFQM: Regelmässige Überprüfung Entwicklungsstand auf Basis des EFQM Feedbackberichts Recognised for Excellence 3*Star. Vorbereitung und Durchführung erneutes Anerkennungsverfahren nach dem EFQM Modell 2020 im Herbst 2020

LEAN: Obligatorische Grundlagenschulung aller Mitarbeitenden und die Schulung der Führungskräfte als LEAN Leader vorantreiben. 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

Zufriedenheitsmessungen

Patientenzufriedenheit ambulant: Vorbereitung nächster Befragungszyklus 2021

Patientenzufriedenheit tagesklinisch: Vorbereitung und Erhebung der Patientenzufriedenheit 2020. Evaluation und 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 erfolgte in Q3/Q4 2020

Patientenzufriedenheit stationär ANQ: Vorbereitung und Durchführung der Erhebung
Patientenzufriedenheit stationär ANQ

Mitarbeitendenzufriedenheit: Massnahmenplanung und -umsetzung der Befragung 2019

Zuweiserzufriedenheit: Massnahmenplanung und -umsetzung der Befragung 2019/2020

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 der Psychiatrie St.Gallen Nord. Dabei erfolgte eine externe Projektbegleitung durch eine Anwaltskanzlei. Umsetzung Anforderungen EU-DSGVO und neues kantonales Datenschutzgesetz

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

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.gallsichen Psychiatrieverbunde (Psychiatrie St.Gallen Nord, Psychiatrie-Dienste Süd)

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Aufbau eines Qualitätsreportings mit dem Ziel, die Führungskräfte zeitnah mit relevanten Qualitätskennzahlen zur Ausübung ihrer Führungs- und Steuerungsrolle zu versorgen

EFQM: Regelmässige Überprüfung Entwicklungsstand auf Basis des EFQM Feedbackberichts Recognised for Excellence 3*Star. Vorbereitung Anerkennungsverfahren nach dem EFQM Modell 2020 für Sommer 2021

LEAN: Obligatorische Grundlagenschulung aller Mitarbeitenden und die Schulung der Führungskräfte als LEAN Leader in allen Geschäftseinheiten wird vorangetrieben. Konzeption und Umsetzung eines digitalen Kaizen-Boards. 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

Risikomanagement

Erstellung Risikobericht 2019 zuhanden Verwaltungsrat

Entwicklung und Erstellung eines internen Risikoberichts 2019 zuhanden Geschäftsleitung

Zufriedenheitsmessungen

Generell Patientenzufriedenheitsmessungen: Vorbereitung Systemwechsel von analoger auf digitale Erhebungsmethodik und Umstellung auf Dauerbefragung Patientenzufriedenheit ambulant: Vorbereitung nächster Befragungszyklus 2021

Patientenzufriedenheit tagesklinisch: Vorbereitung und Erhebung der Patientenzufriedenheit 2020. Evaluation und 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 erfolgte in Q3/Q4 2020

Patientenzufriedenheit stationär ANQ: Vorbereitung der Erhebung Patientenzufriedenheit stationär ANQ. Die ANQ-Befragung wurde jedoch vom ANQ kurz vor Messbeginn auf 2021 verschoben

Mitarbeitendenzufriedenheit: Massnahmenplanung und -umsetzung der Befragung 2019

Zuweiserzufriedenheit: Massnahmenplanung und -umsetzung der Befragung 2019/2020

Angehörigenbefragung: Konzeption und Messbeginn, die Auswertung erfolgt 2021

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 der Psychiatrie St.Gallen Nord. Dabei erfolgte eine externe Projektbegleitung durch eine Anwaltskanzlei. Umsetzung Anforderungen

EU-DSGVO und neues kantonales Datenschutzgesetz. Projektdauer bis ca. 2021

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Zusammenarbeit Psychiatrieverbunde Kanton St.Gallen

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

Kontinuierlicher Verbesserungsprozesse

Qualitätsreporting etablieren und weiterentwickeln

EFQM: Externes EFQM Assessment Recognised for Excellence vorbereiten und durchführen

Etablierung eines systematischen Zuweisermanagements

LEAN: Obligatorische Grundlagenschulung aller Mitarbeitenden und bei Bedarf Schulung der Führungskräfte als LEAN Leader in allen Geschäftseinheiten wird vorangetrieben. Unterstützung und Coaching in der Handhabung des Kaizen Boards (digital und physisch) 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

Zufriedenheitsbefragungen

Systemwechsel von analoger auf digitale Erhebungsmethodik und Dauerbefragung umsetzen
Angehörigenbefragung abschliessen, auswerten und Massnahmenplanung einleiten (2021)

Patientenzufriedenheitsbefragung ambulant vorbereiten und durchführen (2021)

ANQ-Befragung stationäre vorbereiten und durchführen (2021)

Risikomanagement

Weiterentwicklung interner Risikobericht

TARPSY

Obligatorische Kodierrevision durchführen

Umsetzung Tarpsy-Revision 3.0 und Vorbereitung Tarpsy-Revision 4.0

Steigerung der Dokumentationsqualität

Datenschutz

Datenschutzcompliance weiter stärken, Datensammlungen und Verarbeitungstätigkeiten aktualisieren
Prozessoptimierungen und Informationsvermittlung

Anforderungen der Revision des DSG prüfen und bei Bedarf Massnahmen umsetzen

Prozessmanagement

Optimierung Dokumenten- und Prozessbewirtschaftung

Weiterentwicklung Prozesslandkarte

Meldeportale Weiterentwicklung Meldeportale

Betrieb eines CIRS-Meldeportales

Betrieb eines Ideemanagement-Meldeportales

Betrieb eines Feedback-Meldeportales

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, curafutura 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
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>	
▪	Angehörigenbefragung
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>	
▪	Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:	
<i>Stürze</i>	
▪	Sturzerhebung
<i>Wundliegen</i>	
▪	Dekubitus NG
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>	
▪	Aggressionsereignisse

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Recovery

Ziel	Erzielen einer hohen Behandlungsqualität sowie eines herausragenden Behandlungserfolges
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtunternehmen
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2012 bis auf weiteres
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	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.
Methodik	Recovery, Empowerment, Adherence, Peers
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	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

Ziel	Systematische und ganzheitliche Weiterentwicklung des Unternehmens
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtunternehmen
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2016 bis auf weiteres
Art 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 umfassenden Auseinandersetzung mit Prozessen, Werten und der strategischen Ausrichtung.
Methodik	Selbstassessment, Fremdassessment, externe Begleitung
Involvierte Berufsgruppen	Interdisziplinär
Evaluation Aktivität / Projekt	Weitere Details sind dem Punkt 18.3.1 zu entnehmen

LEAN Management

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

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	2020	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	2020	Alle 5 Jahre Wiederanerkennung
SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätte	Gesamtbetrieb	2018	2020	Anerkennung der in der Weiterbildungsstätte geleisteten Unterstützung für die ärztliche Weiterbildung. Details siehe: https://www.psych.ch/karriere/aus-und-weiterbildung/
DBT-Behandlungseinheit nach den Richtlinien des Dachverbandes für DBT	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2018	2020	Störungsspezifische Spezialbehandlungsangebot
Culinarium 3 Kronen	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	2008	2020	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	2020	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	2020	Laboruntersuchungen
Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle (CSCQ)	Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers	1996	2020	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 Jahr 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

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

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2018	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2019 (CI* = 95%)
St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	3.80	3.90 (0.00 - 0.00)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.50	4.50 (0.00 - 0.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.20	4.30 (0.00 - 0.00)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	4.00	4.10 (0.00 - 0.00)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	4.00	4.20 (0.00 - 0.00)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	3.80	4.20 (0.00 - 0.00)
Anzahl angeschriebene Patienten 2019		
Anzahl eingetreffener Fragebogen		Rücklauf in Prozent
		%

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* 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.

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 (≥ 16 Jahre) versendet, die von April bis Juni 2019 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 2020 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 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.

5.2.2 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 2020 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, Klinik St.Pirminsberg Pfäfers.

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 vom Februar 2019 bis Februar 2020 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

058 178 62 92

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 Angehörigenbefragung

Im Rahmen eines Pilotprojektes wurde 2015 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 vom April 2020 bis Herbst 2021 durchgeführt.
Alle Abteilungen der Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

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 Angehörigenzufriedenheit wurde von der Firma Health Care Research Institute (HCRI) entwickelt, die Nutzungslizenz liegt inzwischen bei der schweizerischen Post. Die Firma digx.ch hat die Lizenz zur Erhebung und Auswertung der Angehörigenbefragung erworben, inzwischen haben sich mehrere psychiatrische Kliniken der Befragung angeschlossen.

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 im Jahr 2019 durchgeführt.
Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2022.
Psychiatrie-Dienste Süd (Gesamtunternehmen)

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Icommit
Methode / Instrument	Swiss Award

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserzufriedenheit

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

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom Oktober 2019 bis Januar 2020 durchgeführt.
Psychiatrie-Dienste Süd (Gesamtunternehmen)

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Publikation der Daten und Längsvergleiche ohne entsprechende Erläuterung 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 2020 durchgeführt.
Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

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

13 Wundliegen

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

13.1 Eigene Messungen

13.1.1 Dekubitus NG

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

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Publikation der Daten und Längsvergleiche ohne entsprechende Erläuterungen 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

Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2016	2017	2018	2019
St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	11.62	9.47	6.95	9.14
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2019				141

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Kommentar EFM

Als Klinik der Akut- und Grundversorgung lassen sich freiheitsbeschränkende Massnahmen nicht gänzlich verhindern. Die Ergebnisse der Klinik St.Pirminsberg weisen für 2019 keine signifikanten Unterschiede bei der Anzahl betroffener Patienten aus, ebenso bei Häufigkeit und Dauer von Isolationen und Fixationen. Die Ergebnisse 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

Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet.

HoNOS Adults	2016	2017	2018	2019
St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	6.98	7.31	8.32	7.89
Standardabweichung (+/-)	5.76	5.59	6.12	6.41
Anzahl auswertbare Fälle 2019				
Anteil in Prozent				%

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2016	2017	2018	2019
St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	36.38	34.75	33.72	33.24
Standardabweichung (+/-)	35.15	35.54	32.89	33.56
Anzahl auswertbare Fälle 2019				
Anteil in Prozent				%

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Kommentar zur Symptombelastung - HoNOS

Die HoNOS-Ergebnisse werden patientenbezogen zum Erstellen des individuellen Behandlungsplans genutzt und tragen auf diese Weise unmittelbar zur Behandlungsqualität bei. Nach einer kontinuierlichen Verbesserung in den letzten Jahren haben sich die Werte nun stabilisiert. Es zeigt sich, dass aufgrund kürzeren Aufenthaltsdauern die Austrittswerte leicht höher liegen als in den Vorjahren. Zudem zeigen sich Unterschiede in der Interrater Reliabilität, durch Schulungen soll diese wieder verbessert werden.

Kommentar zur Symptombelastung - 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 interdisziplinär besprochen und mögliche Handlungsempfehlungen ausgesprochen. Es erfolgt zudem eine jährliche Auswertung der Ereignisse.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.
Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Publikation der Daten und Längsvergleiche ohne entsprechende Erläuterungen 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 Heilpädagogisch psychiatrische Behandlung stationär

Projektart

Intern in Zusammenarbeit mit dem Psychiatrieverbund Psychiatrie St.Gallen Nord (PSGN)

Projektziel

Da eine stationäre Behandlungsmöglichkeit im allgemein gegebenen Rahmen möglich ist, ist hier das Hauptziel ein Patientenangepasstes und optimiertes Behandlungssetting, unter anderem durch eine Verbesserung der Behandlungsqualität im stationärem Setting in enger Kooperation mit allen relevanten Stakeholdern (Team Heilpädagogisch psychiatrische Behandlung, Amt für Soziales, Wohnplatz, Arbeitsplatz, Behörden, Beistand) zu schaffen.

Projekttablauf / Methodik

Nach dem Projekt Heilpädagogisch-psychiatrische Behandlung, das den Fokus auf die ambulante Behandlung von kognitiv beeinträchtigten Menschen setzt, wurde ein Grobkonzept Heilpädagogisch-psychiatrische Behandlung für die stationäre Behandlung erstellt.

Involvierte Berufsgruppen

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

Projektelevaluation / Konsequenzen

Erstellung Behandlungskonzept mit GAP Analyse bis Q2 2021, nach Freigabe Erarbeitung Umsetzungsplanung bis 2022.

18.1.2 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.

18.1.3 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

Projektelevaluation / Konsequenzen

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

18.1.4 eHealth

Projektart

Intern in Zusammenarbeit mit dem Psychiatrieverbund Psychiatrie St.Gallen Nord (PSGN)

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.

Projektlauf / Methodik

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

Involvierte Berufsgruppen

Interdisziplinär

Projektelevaluation / Konsequenzen

Anschluss an Stammgemeinschaft ist 2019 erfolgt. Die operative Umsetzung ist Abhängig von der Einführung der EPD.

18.1.5 Datenschutz Compliance

Projektart

Intern in Zusammenarbeit mit dem Psychiatrieverbund Psychiatrie St.Gallen Nord (PSGN)

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).

Projektlauf / 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 2020

18.2.1 Angebotsstrategie

Projektart

Intern in Zusammenarbeit mit dem Psychiatrieverbund Psychiatrie St.Gallen Nord (PSGN)

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.

18.3 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, Juni 2021

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 2021 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 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/



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 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/



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 nahe zu legen.

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.