

# Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

31.05.2021  
Marcel Roos, Leiter Unternehmensentwicklung

Version 1



## 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

Benjamin Feldmann  
Leiter Qualität und Prozesse  
058 178 11 47  
[benjamin.feldmann@psgn.ch](mailto:benjamin.feldmann@psgn.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](https://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](https://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

<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 2020 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020 .....	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>17</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>18</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>18</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie .....	18
5.2 Eigene Befragung .....	20
5.2.1 Patientenzufriedenheitsbefragung stationär MüPF .....	20
5.2.2 Patientenzufriedenheitsbefragung tagesklinisch .....	20
5.2.3 Patientenzufriedenheit ambulant MüPF .....	20
5.3 Beschwerdemanagement .....	21
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>22</b>
6.1 Eigene Befragung .....	22
6.1.1 Zufriedenheitsbefragung Angehörigenberatungsstelle .....	22
6.1.2 Angehörigenzufriedenheit auf Station .....	22
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>23</b>
7.1 Eigene Befragung .....	23
7.1.1 Befragung der Mitarbeitenden .....	23
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> .....	<b>24</b>
8.1 Eigene Befragung .....	24
8.1.1 Zuweiserzufriedenheitsbefragung .....	24
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>25</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb 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>25</b>
12.1 Eigene Messung .....	25
12.1.1 Sturzprotokoll .....	25
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>26</b>
13.1 Eigene Messungen .....	26
13.1.1 Dekubitus-Protokoll .....	26

<b>14</b>	<b>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 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	Fremdaggression .....	30
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>31</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	31
18.1.1	Zuweisermanagement.....	31
18.1.2	Massnahmen Mitarbeitendenzufriedenheit .....	31
18.1.3	eHealth.....	32
18.1.4	Kantonales Kompetenzzentrum Forensik .....	33
18.1.5	Einführung neue Mitarbeitende .....	34
18.1.6	Aufbauorganisation .....	34
18.1.7	Gesundheitszentrum Wattwil .....	35
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020 .....	35
18.2.1	Psychiatrieverbund-Strategie 2020 - Angebote .....	35
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	35
18.3.1	Zertifizierungen 2020 .....	35
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>36</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....		<b>37</b>
Psychiatrie .....		37
<b>Herausgeber</b> .....		<b>38</b>

## 1 Einleitung

Die Psychiatrie St.Gallen Nord beschäftigt als selbständige, öffentlich-rechtliche Institution des Kantons St.Gallen rund 800 Mitarbeitende aus 32 Nationen, in 43 Berufsgruppen und ist für die Behandlung und Beratung von erwachsenen Menschen mit psychischen Problemen des nördlichen Teils des Kantons St.Gallen zuständig. Zum Einzugsgebiet mit rund 280'000 Einwohnern zählen die Regionen Rorschach-St.Gallen, Fürstenland-Toggenburg sowie Teile des Unterrheintals.

Die Verbesserung der Lebensqualität und der psychischen Gesundheit der Patientinnen und Patienten sind unsere Ziele. Dafür engagieren sich unsere Mitarbeitenden an 365 Tagen im Jahr in Wil, St.Gallen, Rorschach und Wattwil. Unsere Behandlungskonzepte in Medizin, Therapie und Pflege orientieren sich an den modernsten wissenschaftlichen Erkenntnissen und sind individuell auf die Bedürfnisse jedes einzelnen der jährlich über 7'000 Patientinnen und Patienten abgestimmt. Wir behandeln psychische Störungen im gesamten Spektrum der Erwachsenenpsychiatrie – ambulant, tagesklinisch, stationär und auch bei den Patientinnen und Patienten zu Hause. Hierfür arbeiten wir eng mit zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, Partnerorganisationen und den Psychiatrie-Diensten Süd zusammen.

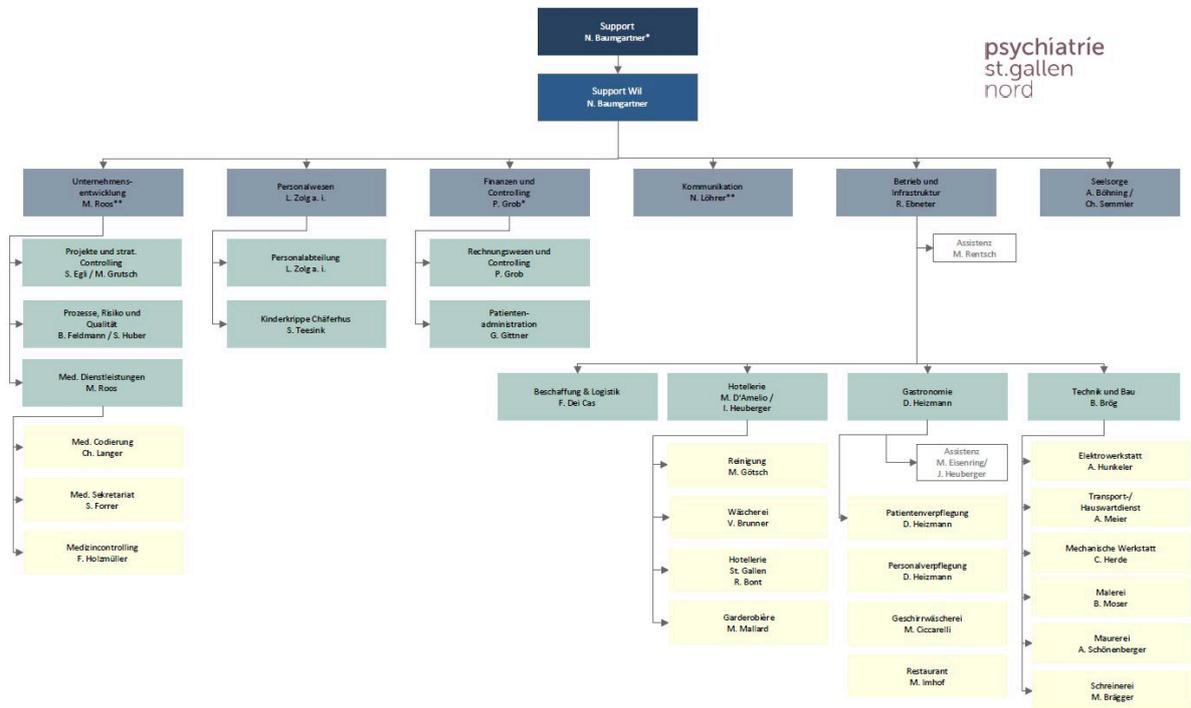
Die Psychiatrie St.Gallen Nord übernimmt die Aus- und Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen sowie die interne und externe Fortbildung für Interessierte anderer medizinischer und nichtmedizinischer Berufe. Die Ausbildung in psychiatrischer Krankenpflege wird in enger Zusammenarbeit mit auswärtigen Schulen gewährleistet.

Professionalität und Qualität prägen unseren Arbeitsalltag. Wir verbessern unsere Leistungen und Angebote für die Patientinnen und Patienten ständig. Wir verfolgen die gezielte und konsequente Weiterentwicklung gemäss der EFQM-Philosophie. Qualität ist nicht unser Selbstzweck, sondern dient in erster Linie unseren Kunden – psychisch belasteten oder kranken Menschen, Angehörigen und Zuweisern – sowie unseren Mitarbeitenden.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt dem CEO unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **290** Stellenprozente zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Marcel Roos  
 Leiter Unternehmensentwicklung  
 +41 58 178 1321  
[marcel.roos@psgn.ch](mailto:marcel.roos@psgn.ch)

Herr Benjamin Feldmann  
 Leiter Qualität und Prozesse  
 +41 58 178 1147  
[benjamin.feldmann@psgn.ch](mailto:benjamin.feldmann@psgn.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

#### Qualitätsstrategie und -ziele

Ziel und Zweck unserer Qualitätsphilosophie ist die kontinuierliche Planung, Überprüfung und Verbesserung der Behandlungs- und Organisationsprozesse. Dies bedingt, dass wir alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PSGN in geeigneter Form in den Prozess der qualitätsfördernden Massnahmen miteinbeziehen. Wir kommen diesen Anforderungen nach, indem wir uns dem EFQM-Modell verpflichtet haben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Stufen und Berufsgruppen sind in die Umsetzung und Weiterentwicklung des EFQM-Modelles eingebunden und somit für die Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität mitverantwortlich.

#### Prozessorganisation

Mit der prozessorientierten Organisation rücken die Patientinnen und Patienten noch stärker in den Mittelpunkt. Die Qualitätsgrundlagen wurden in gemeinsamen Workshops der Geschäftsleitung erarbeitet und im Prozessmanagementsystem, dem sogenannten Klinikleitsystem (KLS), dargestellt. Das KLS bildet die Grundlage des integrierten Qualitätsmanagementsystems der PSGN.

#### Die kontinuierliche Verbesserung

Die kontinuierlichen Verbesserungen werden über themenzentrierte Fokusgruppen gesteuert. Qualitäts- und sicherheitsrelevante Meldungen gelangen über das CIRS-Portal an die zuständigen verantwortlichen Bearbeitungsstellen. Diese veranlassen die Analyse und Bearbeitung und Verbesserung der Qualitätsmeldungen.

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

### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

#### Unternehmens- und Kooperationsstrategie 2021-2025

Der Verwaltungsrat hat den Psychiatrieverbunden St.Gallen, d. h. Psychiatrie St.Gallen Nord und Psychiatrie-Dienste Süd den Auftrag erteilt, eine Unternehmens- und Kooperationsstrategie für den Zeitraum 2021-2025 (UKS 21/25) zu erarbeiten. Hierbei wurden die folgenden fünf zentralen Zielsetzungen definiert: Erhöhung der Dienstleistungsqualität, Steigerung der Marktperformance, Dynamisierung und Digitalisierung der Leistungserbringung, Verbesserung von Management- & Steuerungskompetenzen und nachhaltige Ausschöpfung des Synergiepotenzials zwischen den Psychiatrieverbunden St.Gallen. Zur Erreichung dieser Zielsetzungen wurden insgesamt 30 Projekte definiert, die in den nächsten Jahren umgesetzt werden.

#### Zufriedenheitsmessungen

Im Berichtsjahr 2020 wurden mehrere Befragungen geplant und durchgeführt. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für die kontinuierliche Verbesserung.

- Abschluss der Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit 2019/2020. Die Auswertung und Berichterstattung der Ergebnisse erfolgte in Q3/Q4 2020.
- Vorbereitung und Erhebung der tagesklinischen Patientenzufriedenheit (Pilot). Die Auswertung und Berichterstattung der Ergebnisse 2020 erfolgt in Q1 2021.
- Vorbereitung und Erhebung der Angehörigenzufriedenheit bei der Angehörigenberatungsstelle (läuft bis Ende 2021) sowie mit der Angehörigenarbeit auf den Stationen (derzeit unterbrochen aufgrund Besuchsverbot wegen Corona-Pandemie).
- Massnahmenplanung und –umsetzung basierend auf den Ergebnissen der Mitarbeitendenzufriedenheitsbefragung 2019.
- Vorbereitung des nächsten Befragungszyklus 2021 der ambulanten Patientenzufriedenheit.

#### Qualitätskennzahlen-Set

Als Vorarbeit für die geplante Einführung von Huddleboards im Bereich Pflege wurde ein Qualitätskennzahlen-Set erarbeitet. U. a. wurden Auswertungsreports erstellt für SOAS-R, Effektstärken BSCL & HoNOS, freiheitsbeschränkende Massnahmen und Absenzen- & Fluktuationen.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

### **Weiterentwicklung des Prozessmanagementsystems**

Das Prozessmanagementsystem (Klinikleitsystem) wurde vor etwas mehr als vier Jahren eingeführt. Dieses fasst alle prozessleitenden Dokumente in einem System zusammen, regelt die Verantwortlichkeiten, stellt Arbeitsabläufe dar und soll den Mitarbeitenden als Wissensquelle dienen. Zwecks kontinuierlicher Weiterentwicklung des Klinikleitsystems wurden interne Audits durchgeführt. Zu den evaluierten Verbesserungspotenzialen wurde ein Massnahmenkatalog erstellt und diverse Massnahmen im Berichtsjahr 2020 umgesetzt.

### **Massnahmenumsetzung Erhöhung Mitarbeitendenzufriedenheit**

Die letzte Mitarbeitendenzufriedenheitsbefragung erfolgte im Jahr 2019, daraus abgeleitet wurden 2019/2020 Massnahmen definiert und Reviewschlaufen zum Umsetzungsstand mit den Massnahmenverantwortlichen durchgeführt. Im Jahr 2020 wurden in verschiedenen Bereichen bereits insgesamt 30 Massnahmen umgesetzt. Neben mehr als 25 Massnahmen auf Abteilungs- bzw. Stationsebene gehört zu den umgesetzten Massnahmen auf Ebene Geschäftseinheit auch die Verbesserung der interdisziplinären Behandlungsplanung. Weitere Massnahmen befinden sich noch in der Umsetzung, darunter drei auf Ebene Geschäftseinheit und sieben auf Ebene Gesamtunternehmen. Eine dieser sieben Massnahmen ist die Überprüfung des gesundheitsfördernden Angebots. Hierfür wurde eine Mitarbeitendenumfrage zum bestehenden und darüber hinaus gewünschten Angebot betreffend betrieblichem Gesundheitsmanagement lanciert.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

#### Zufriedenheitsmessungen

- Prüfung kontinuierlicher digitaler Patientenzufriedenheitsbefragungen ambulant, tagesklinisch und stationär mit Ableitung, Umsetzung und Wirksamkeitsprüfung von Verbesserungsmassnahmen.
- Auswertung des 2020 durchgeführten Pilots zur tagesklinischen Patientenzufriedenheitsbefragung. Der Fokus liegt insbesondere auf der Anpassung des Fragebogens auf die Spezifikationen der Tageskliniken. Anschliessend Prüfung einer Ausweitung der Befragung auf alle Tageskliniken.
- Vorbereitung und Erhebung der stationären Patientenzufriedenheit von April bis Juni 2021 mit dem ANQ-Fragebogen.
- Durchführung der nächsten Befragung zur Bestimmung der ambulanten Patientenzufriedenheit im Sommer 2021.
- Fortführung und Auswertung der Angehörigenbefragungen auf den Stationen und in der Angehörigenberatungsstelle bis anfangs 2022.
- Durchführung und Auswertung der Zufriedenheitsbefragung bei Ärztinnen und Ärzten des Spital Wil mit dem Konsiliar- und Liasondienst der Psychiatrie St.Gallen Nord.
- Durchführung und Auswertung der Gästezufriedenheitsbefragung im Personalrestaurant im Jahr 2021.
- Umsetzung der noch offenen Massnahmen basierend auf den Ergebnissen der Erhebung der Mitarbeitendenzufriedenheit.

#### Behandlung und Rahmenbedingungen

- Prüfung Implementation von Huddleboards mit Kennzahlen-Cockpits mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung.
- Optimierung des Einführungsprozesses neuer Mitarbeitenden.
- Erstellung Vorgehen für internes Self-Assessment gemäss dem neuen EFQM-Modell 2020.
- Fortsetzung der Arbeiten zum Erreichen der Datenschutz-Compliance in Zusammenarbeit mit den Psychiatrie-Dienste Süd. Bis ca. Ende 2021 sollen die neuen Anforderungen aus dem kantonalen und nationalen Datenschutzgesetz umgesetzt sein.
- Aufbau eines systematischen Zuweisermanagements aus den Ergebnissen der Zuweiserzufriedenheitserhebung.
- Weiterentwicklung der Prozesslandkarte mit dem Ziel die Benutzerfreundlichkeit zu erhöhen.

## 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](http://www.anq.ch).

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

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

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenzufriedenheitsbefragung stationär MüPF</li> <li>▪ Patientenzufriedenheitsbefragung tagesklinisch</li> </ul>
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zufriedenheitsbefragung Angehörigenberatungsstelle</li> <li>▪ Angehörigenzufriedenheit auf Station</li> </ul>
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuweiserzufriedenheitsbefragung</li> </ul>
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wundliegen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dekubitus-Protokoll</li> </ul>
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fremdaggression</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

##### Huddleboards

<b>Ziel</b>	Die Huddleboards haben folgende Ziele: Verbesserung der Behandlung, Erhöhung Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Behandlung
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2021 bis auf weiteres
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Mit diesem Gefäss soll ein offener, datenbasierter Austausch stattfinden, um die Behandlungsqualität stetig zu verbessern und die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen.
<b>Methodik</b>	Aufbereitung von Kennzahlen. Darauf aufbauend soll ein offener Austausch über Ursachen und Möglichkeiten der Verbesserungen stattfinden.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege, Therapie, Soziale Arbeit

##### Vorbereitung internes Self-Assessment EFQM

<b>Ziel</b>	Schlanke und nachhaltige Organisation durch kontinuierliche Verbesserung und dem Streben nach herausragenden Prozessen und Ergebnissen.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Gesamtunternehmen
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2021-2022
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Weiterentwicklung der Organisation mit Umsetzung von Verbesserungspotenzialen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Mitarbeitende der PSGN
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Psychiatrie St.Gallen Nord orientiert sich am EFQM-Modell. Für das Jahr 2022 wird eine Selbstbewertung gemäss dem neuen Modell 2020 angestrebt. Das Vorgehen für die Selbstbewertung wird im Jahr 2021 erarbeitet. Mit der Selbstbewertung wird das Ziel verfolgt Stärken und Verbesserungspotenziale zu definieren und Verbesserungsmassnahmen einzuleiten.

## Ausbau der Befragungen

<b>Ziel</b>	Erfassung der Zufriedenheit tagesklinischer Patienten und der Zufriedenheit der Angehörigen im Behandlungssetting.
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Behandlung
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2020-2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Zufriedenheitserhebung mit Fragebogen
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Medizin, Pflege, Therapeuten

## Einführung SOAS-R

<b>Ziel</b>	Erfassung von Fremdaggressionsereignissen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Behandlung
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Methodik</b>	Entwicklung KIS-Formular und Schulung der Mitarbeitenden
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Medizin, Pflege, Therapeuten

## Einführung Erfassungsformular "Unerwünschte Ereignisse"

<b>Ziel</b>	Erhöhung Datenqualität bei der Dokumentation von unerwünschten Ereignissen
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Behandlung
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	2020-2021
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Mit dem Formular wird im Vergleich zu den bisherigen CIRS-Meldungen bei unerwünschten Ereignissen eine höhere Datenqualität und -quantität angestrebt. Mit den dadurch entstehenden neuen Auswertungsmöglichkeiten können gezielter Massnahmen zur Reduktion von Behandlungsmängeln abgeleitet und umgesetzt werden.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Medizin, Pflege, Therapeuten

## Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

### Fokusgruppen

<b>Ziel</b>	Fehler- oder mangelhafte Prozesse, Nichtbeachten der Prozessvorgaben oder Mängel in Sicherheitssystemen sollen identifiziert und verbessert werden.
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Behandlung
<b>Aktivität: Laufzeit (seit...)</b>	2 x jährlich
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Die Fokusgruppen dienen der Reflexion und der Formulierung von Verbesserungen in Bezug auf das fokussierte Risiko.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Pflege, Medizin

#### 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 2000 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.

#### Bemerkungen

Die Meldungen können persönlich oder anonym über ein Intranetformular eingereicht werden. Über eine öffentliche Fallliste können die Mitarbeitenden auf die gemeldeten und bearbeiteten CIRS-Meldungen zugreifen und bei Bedarf auch kommentieren.

## 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 Sterne	Gesamtbetrieb	2008	2013	Kontinuierliche Weiterentwicklung des Unternehmens zwecks Schaffung von Mehrwerten für alle Anspruchsgruppen. Nächstes internes Self-Assessment in Planung.
EKAS	Gesamtbetrieb	2008	2017	Nächstes Audit 2022
QUALAB	Labor	2008	2020	Ringversuche (4x pro Jahr)
Sicherheitsnormen (ohne Zertifizierung)	Apotheke	2008	2019	Audits durch Kantonsapotheke alle 2 Jahre. Nächstes Audit 2021
Stiftung Natur & Wissenschaft	Naturpark	2005	2018	Erholungsraum für Patienten und Mitarbeitende. Nächste Zertifizierung 2021
Culinarium 3 Kronen	Küche	2009	2019	3 Kronen- Bewertung für grosses Angebot. Nächste Zertifizierung 2021
Pet-Recycling Schweiz, Umweltzertifikat	Gesamtbetrieb	2016	2020	Nächste Zertifizierung 2021
Ausbildungsbetrieb auf Stufe Höhere Fachschule Pflege-Anerkennung	Gesamtbetrieb	2007	2020	Jährliches Assessment.

# 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%)
<b>Psychiatrie St.Gallen Nord</b>		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	3.63	3.64 (3.51 - 3.78)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.26	4.33 (4.21 - 4.45)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.12	4.15 (4.03 - 4.27)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	3.84	3.76 (3.58 - 3.95)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	3.97	3.86 (3.70 - 4.02)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.12	4.13 (3.99 - 4.27)
Anzahl angeschriebene Patienten 2019		218
Anzahl eingetreffener Fragebogen	139	Rücklauf in Prozent 64 %

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](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie).

#### Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

Die Psychiatrie St.Gallen Nord begrüsst die Erhebung der Patientenzufriedenheit zwecks kontinuierlicher Verbesserung. Bei grossen Stichproben lassen statistisch signifikante Unterschiede aber nicht direkt klinisch aussagekräftige Schlussfolgerungen zu. Diese Unterschiede sind auf der phänomenologischen Ebene kaum wahrnehmbar. Weiter ist zu berücksichtigen, dass die beiden Standorte Wil und St.Gallen gesondert ausgewertet werden, was beim Benchmarkergebnis zu berücksichtigen ist.

#### 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 ( $\geq 16$ Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni 2019 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 stationär MüPF

Ziel der Befragung ist die Erfassung der Patientenzufriedenheit bezüglich Einbezug, Umgang, Information und Aufklärung, Behandlungserfolg sowie Weiterempfehlung. Dadurch sollen Schwachstellen identifiziert und analysiert werden sowie Massnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität ergriffen werden.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Juli 2019 bis Februar 2020 durchgeführt. Die Befragung wurde auf den Stationen an den Standorten in Wil und St.Gallen durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Befragung erfolgt in Zusammenarbeit mit der MüPF-Benchmarkgruppe. Die Daten werden innerhalb dieser Gruppe offengelegt, diskutiert und Best Practice-Treffen veranstaltet.

### 5.2.2 Patientenzufriedenheitsbefragung tagesklinisch

Die tagesklinische Patientenzufriedenheitsbefragung wurde im Jahr 2020 erstmals in einer Pilot-Tagesklinik durchgeführt. Gemessen wurde die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Einbezug, Umgang, Information und Aufklärung, Behandlungserfolg und Weiterempfehlungsverhalten. Mit der Befragung sollen Schwachstellen identifiziert und passende Verbesserungsmassnahmen abgeleitet werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt. Diese Pilotbefragung wurde in der Tagesklinik Wil durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Befragungsergebnisse der Patientenzufriedenheit in den Tageskliniken wurden ausschliesslich für den internen kontinuierlichen Verbesserungsprozess aufbereitet. Eine externe Publikation der Ergebnisse ist nicht vorgesehen.

### 5.2.3 Patientenzufriedenheit ambulant MüPF

Ziel der Befragung ist die Erfassung der Patientenzufriedenheit bezüglich Einbezug, Umgang, Information und Aufklärung, Behandlungserfolg und Weiterempfehlungsverhalten. Dadurch können Schwachstellen identifiziert Verbesserungsmassnahmen abgeleitet werden.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt. Die nächste Patientenbefragung erfolgt im Jahr 2021. Die Befragung wurde in den Ambulatorien Wil, St.Gallen, Rorschach und Wattwil durchgeführt.

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

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Psychiatrie St.Gallen Nord**

Unternehmensentwicklung

Benjamin Feldmann

Leiter Qualität und Prozesse

058 178 11 47

[benjamin.feldmann@psgn.ch](mailto:benjamin.feldmann@psgn.ch)

Beschwerden können jederzeit über unser Feedbacktool auf der Homepage der Psychiatrie St.Gallen Nord eingereicht werden.

## 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 Zufriedenheitsbefragung Angehörigenberatungsstelle

Mit diesem Instrument wird die Zufriedenheit der Angehörigen mit der Angehörigenberatungsstelle gemessen. Die Befragung hat die Erfassung der Zufriedenheit der Angehörigen in Bezug auf Einbezug, Umgang, Information und Aufklärung sowie Behandlungserfolg und Weiterempfehlung zum Ziel. Dies ermöglicht die Identifikation von Schwachstellen und erlaubt so das Ableiten von Massnahmen zur weiteren Verbesserung des Angebots. Die Befragung wurde quantitativ mittels Fragebogen durchgeführt. Zusätzlich bestand die Möglichkeit Freitextantworten einzutragen.

Diese Angehörigenbefragung haben wir vom 2020 bis 2021 durchgeführt. Die Befragung wird bei den Angehörigen durchgeführt.

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

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

#### 6.1.2 Angehörigenzufriedenheit auf Station

Im Jahr 2015 wurde gemeinsam mit anderen Kliniken und einem Auswertungsinstitut ein Fragebogen zur Erhebung der Angehörigenzufriedenheit erarbeitet. Mit dem Fragebogen wird die Zufriedenheit der Angehörigen bezüglich Einbezug, Umgang, Information und Aufklärung, Behandlungserfolg und Weiterempfehlungsverhalten gemessen. Dadurch können Schwachstellen identifiziert und Verbesserungsmassnahmen abgeleitet werden.

Aufgrund des Besuchsverbots im Rahmen der Coronapandemie musste diese Befragung zwischenzeitlich unterbrochen werden.

Diese Angehörigenbefragung haben wir vom September 2020 bis Ende 2021 durchgeführt. Die Befragung wird auf den Stationen in Wil und St.Gallen durchgeführt.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	hcri AG
Methode / Instrument	Angehörigenfragebogen

## 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 Befragung der Mitarbeitenden

Die Befragung der Mitarbeitenden misst die wahrgenommenen organisatorischen Rahmenbedingungen (Struktur, Kultur, Führung, Anreize und Wissenstransfer) und zeigt die Auswirkung auf die persönlichen Einstellungen der Mitarbeitenden (Commitment, Zufriedenheit, Resignation, Weiterempfehlung des Arbeitgebers und Attraktivität des Arbeitgebers).

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2022.

Die Befragung findet bei allen Mitarbeitenden der PSGN statt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	icommit
Methode / Instrument	icommit-Fragebogen

## 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 Zuweiserzufriedenheitsbefragung

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. Die Befragung fand bei den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten vor Ort statt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Das Instrument zur Erhebung der Zuweiserzufriedenheit ist selbst entwickelt und erlaubt daher kein Vergleich mit anderen Erhebungsinstrumenten. Die Daten werden deshalb auch nicht für eine externe Publikation aufbereitet.

## Behandlungsqualität

### 12 Stürze

#### 12.1 Eigene Messung

##### 12.1.1 Sturzprotokoll

Mit der Erfassung der Anzahl Stürze sollen mögliche Schwachstellen in der Behandlung oder der Infrastruktur behoben werden. Das Sturzprotokoll wird jeweils stationsintern besprochen und es werden daraus Massnahmen abgeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Die Sturzprotokolle werden in der Geschäftseinheit Alters- und Neuropsychiatrie und dem Spezialwohnheim Eggfeld angewendet.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Auswertungen der Sturzprotokolle werden ausschliesslich für den internen kontinuierlichen Verbesserungsprozess aufbereitet. Eine externe Publikation der Ergebnisse ist nicht vorgesehen.

## 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-Protokoll

Durch die Erfassung der Anzahl Dekubiti auf den Stationen sollen mögliche Schwachstellen in der Behandlung behoben werden. Das Dekubitus-Protokoll wird stationsintern besprochen und es werden bei Bedarf Massnahmen abgeleitet.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Das Dekubitus-Protokoll wird in der Geschäftseinheit Alters- und Neuropsychiatrie angewendet.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Auswertungen der Sturzprotokolle werden ausschliesslich für den internen kontinuierlichen Verbesserungsprozess aufbereitet. Eine externe Publikation der Ergebnisse ist nicht vorgesehen.

## 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	2016	2017	2018	2019
<b>Psychiatrie St.Gallen Nord</b>				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	11.62	11.25	12.46	10.41
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2019				208

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

Als Klinik der Akut- und Grundversorgung lassen sich freiheitsbeschränkende Massnahmen nicht gänzlich verhindern. In der Psychiatrie St.Gallen Nord ist der Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen im nationalen Durchschnitt der Akut- und Grundversorger.

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.

HoNOS Adults	2016	2017	2018	2019
<b>Psychiatrie St.Gallen Nord</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	7.45	7.88	8.17	6.65
Standardabweichung (+/-)	6.47	6.24	5.95	6.33
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-1.44	0.75	-0.9
Anzahl auswertbare Fälle 2019				1495
Anteil in Prozent				74.8 %

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2016	2017	2018	2019
<b>Psychiatrie St.Gallen Nord</b>				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	33.27	32.14	35.53	32.47
Standardabweichung (+/-)	35.04	34.93	33.38	35.32
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-3.43	5.39	2.91
Anzahl auswertbare Fälle 2019				499
Anteil in Prozent				24.9 %

Wertung der Ergebnisse:

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

\* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken. Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

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

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

Im Jahr 2019 lagen die Messergebnisse beim HoNOS unter und beim BSCL im Schweizer Durchschnitt. Die Messergebnisse haben sich somit im Vergleich zum Jahr 2018 etwas verschlechtert während sich die Messergebnisse vom Jahr 2017 zum Jahr 2018 noch verbessert hatten.

**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 Fremdaggression

Aggressionsereignisse werden über das CIRS-System erfasst und auf der Station sowie in der Fokusgruppe "Fremdaggression" besprochen. Durch die Fokusgruppe sollen systembedingte Fehler aufgedeckt und Massnahmen zur Verbesserung auf den Stationen umgesetzt werden. Ziel ist einerseits die kritische (Selbst-)Reflexion der Aggressionsereignisse, die in der Psychiatrie immer wieder vorkommen, und andererseits die Reduzierung solch schwieriger Behandlungssituationen.

Diese Messung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.  
Die Aggressionsereignisse werden in der gesamten PSGN erfasst.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Für Interessierte, Benchmarks und Fachdiskussionen können die Daten angefragt werden.

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Zuweisermanagement

Basierend auf der im ersten Halbjahr 2020 durchgeführten Auswertung der Zuweiserbefragung folgt in Zusammenarbeit mit den Psychiatrie-Dienste Süd die Etablierung eines gemeinsamen Zuweisermanagements. Wesentlich ist die Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses über die Erwartungen der Dienstleistungen sowie die Sicherstellung einer stufengerechten, zeitgemässen Kommunikation zu und mit den Zuweisenden. Hierfür gilt es die relevanten Zuweisenden zu erfassen und analysieren, die inhaltlichen Anforderungen an Austrittsberichte zu optimieren und die Beziehungspflege auf Ebene Behandelnde und Zuweisende zu steigern.

Mit diesem Projekt wird die Zuweiserzufriedenheit gesteigert. Der Fokus liegt dabei auf Prozessoptimierungen bestehender Prozesse und Systeme. Folgende Ziele werden in diesem Projekt angestrebt:

- Optimierung des Versandprozesses von Austrittsberichten
- Steigern der Beziehungspflege (persönliche Kontakte) auf Ebene Behandler/-in-Zuweisende
- Steigerung der Weiterempfehlungsrate durch die Zuweisenden

Die Massnahmenwirkung wird mit Follow-Up-Erhebungen der Zuweisendenzufriedenheit in den Jahren 2022 und 2025 gemessen.

#### 18.1.2 Massnahmen Mitarbeitendenzufriedenheit

Die letzte Mitarbeitendenzufriedenheitsbefragung erfolgte im Jahr 2019, daraus abgeleitet wurden 2019/2020 Massnahmen definiert und Reviewschlaufen zum Umsetzungsstand mit den Massnahmenverantwortlichen durchgeführt. Im Jahr 2020 wurden in verschiedenen Bereichen bereits insgesamt 30 Massnahmen umgesetzt. Neben mehr als 25 Massnahmen auf Abteilungs- bzw. Stationsebene gehört zu den umgesetzten Massnahmen auf Ebene Geschäftseinheit auch die Verbesserung der interdisziplinären Behandlungsplanung. Weitere Massnahmen befinden sich noch in der Umsetzung, darunter drei auf Ebene Geschäftseinheit und sieben auf Ebene Gesamtunternehmen. Eine dieser sieben Massnahmen ist die Überprüfung des gesundheitsfördernden Angebots. Hierfür wurde eine Mitarbeitenumfrage zum bestehenden und darüber hinaus gewünschten Angebot betreffend betrieblichem Gesundheitsmanagement lanciert.

### 18.1.3 eHealth

Die Psychiatrie St.Gallen Nord war als stationärer Leistungserbringer, welche über das KVG abrechnet, verpflichtet, sich bis April 2020 einer zertifizierten Gemeinschaft zwecks Bereitstellung des elektronischen Patientendossiers anzuschliessen.

Folgende Ziele werden mit diesem Projekt erreicht:

- Anschluss an Stammgemeinschaft
- Definition der internen Prozesse und Gesundheitsfachpersonen
- Sicherstellung des Datenschutzes bei der Nutzung des elektronischen Patientendossiers
- Prüfung Integration des EPD ins Klinikinformationssystem

Der Anschluss an die Stammgemeinschaft ist im Jahr 2019 erfolgt. Im Jahr 2020 wurden die internen Prozesse definiert, die Deklaration von Medizinalfachpersonen und Hilfspersonen vorgenommen. Die internen Vorbereitungsarbeiten sind abgeschlossen und es wird nun die schweizweite Lancierung des elektronischen Patientendossiers abgewartet.

Nach der Lancierung des elektronischen Patientendossiers wird evaluiert, in wie weit eine Integration des EPD ins Klinikinformationssystem zielführend sein könnte.

### 18.1.4 Kantonales Kompetenzzentrum Forensik

Das Projekt "Kantonales Kompetenzzentrum Forensik" beinhaltet die Neuorganisation der forensischen Psychiatrie im Kanton St.Gallen bzw. den Aufbau eines kantonalen Kompetenzzentrums für Forensik, welches sämtlichen Bedürfnissen der Anspruchsgruppen gerecht wird.

Folgend sind die Projektziele aufgeführt:

- Aufbau eines kantonalen, möglichst flächendeckenden Angebotes für ambulante forensisch-psychiatrische Therapieplätze (in Ambulatorien, aber auch ambulant aufsuchend in Haftanstalten, v.a. Saxerriet in Sennwald und im Massnahmenzentrum Bitzi in Mosnang) und ggf. auch in Kooperation mit externen Therapeuten.
- Forensisch-psychiatrischer deliktorientierter Konsil- und Liaison-Dienst inklusive enger Beratungsfunktion bzw. Einbindung in Therapieplanungs- und Therapieevaluationsabläufe, in Mitarbeiterentwicklung und Qualitätskontrolle im Massnahmenzentrum Bitzi.
- Qualitätskontrollfunktion bezüglich der forensisch-psychiatrischen Therapieangebote und Behandlungsverläufen eigener Mitarbeitenden des Kompetenzzentrums Forensik und assoziierter selbständiger Therapeuten.
- Vervollständigung der Behandlungskette durch das Schaffen/Ausbauen von forensisch-psychiatrischen Wohnheimplätzen im Spezialwohnheim Eggfeld.
- Aufbau einer psychiatrischen Gutachtenstelle (strafrechtlich, zivilrechtlich, arbeitsrechtlich, sonstiges).
- Flächendeckende psychiatrische Grundversorgung der Haftanstalten (Gefängnispsychiatrie) inkl. eines 365/24 Pikett-Dienstes.
- Aufbau stationärer Therapieplätze am Standort Wil, deren Anzahl, Qualität und Sicherheit die Bedürfnisse des Kantons St. Gallen deckt.
- Koordinationsstelle für forensisch-psychiatrische Angebote/Leistungen bei der Psychiatrie St.Gallen Nord in Wil.
- Weiterbildungsangebote sowohl für den Fachtitel „Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH“ als auch im Rahmen der Assistenzarztweiterbildung für den „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH“.

Das Projekt stellt neben der fachlichen Konzeptionierung auch auf Grund des notwendigen Neubaus eine hohe Komplexität dar. Daher wurden verschiedene Teilprojekte definiert, die zueinander in Abhängigkeit stehen.

1. Teilprojekt:

Aufbau Kompetenzzentrum Forensik (ambulant, stationär, teilstationär) / niedrige Sicherheit und mittlere Sicherheit / Spezialwohnheim Eggfeld

2. Teilprojekt:

Finanzierung Forensik

3. Teilprojekt:

Neubau Forensik

### 18.1.5 Einführung neue Mitarbeitende

Das Projekt "Einführung neue Mitarbeitende" befasst sich mit der einheitlichen Organisation des Einführungsprozesses neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Das Projekt musste aufgrund fehlender Ressourcen und der Coronapandemie vorerst unterbrochen werden. Mit der Neukonzeption des Einführungshalbtages wurde jedoch bereits gestartet.

Folgend sind die Projektziele aufgeführt:

- Eine professionelle, einheitliche Einführungsphase pro Berufsgruppe ist erstellt.
- Ein kontrollierter Prozess ist definiert, der durch eine Evaluation mittels Kennzahlen gesteuert werden kann.
- Die Frühfluktuation wird gesenkt und die Produktivität der neu eingetretenen Mitarbeitenden schneller erhöht.
- Die Qualität des Patientenbehandlungsprozesses wird gesteigert.
- Der Eintrittsprozess ist durch den modularen Aufbau flexibel auf neue Rahmenbedingungen und Einflüsse anpassbar.

Der Ablauf für die Erstellung der einzelnen Module ist folgendermassen definiert:

1. Interviews führen zur Klärung der berufsgruppenspezifischen Inhalte
2. Module für jede Berufsgruppe definieren
3. Modulmatrix als Ergebnis der beiden vorhergehenden Schritte
4. Methodische und didaktische Rahmenbedingungen definieren
5. Modulverantwortliche bestimmen
6. Jeder Modulverantwortliche erarbeitet sein Einführungsprogramm

### 18.1.6 Aufbauorganisation

Die bestehenden organisatorischen Strukturen wurden überprüft und Varianten zur künftigen Aufbauorganisation der PSGN ausgearbeitet. Der Verwaltungsrat hat per Ende 2020 eine Aufbauorganisation mit einer Gliederung nach Standorten und Fachbereichen unter dualer Führung sowie mit neu geschaffenen GL-Funktionen «Ärztliche Direktion», «Leitung Finanzen und Services» sowie «Zentrumsleitung St.Gallen/Rorschach/Wattwil» verabschiedet. Diese neuen Funktionen werden gleichzeitig intern und extern ausgeschrieben. Ebenfalls wurde entschieden, eine Wahlvorbereitungskommission für die Stellenbesetzungen einzusetzen. Durch die Ernennung einer «Ärztlichen Direktion» in dualer Führung mit der «Leitung Pflege, Therapien und Soziale Arbeit» wird eine einheitliche, standortübergreifende Qualität und Angebotsentwicklung gefördert. Durch die Ausrichtung nach Standorten sollen die betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Belange in den Zentren St.Gallen, Rorschach und Wattwil gestärkt werden. Die Neuorganisation ermöglicht zudem Synergien mit den Supportbereichen der Psychiatrie-Dienste Süd und fördert die bereits enge Kooperation.

### 18.1.7 Gesundheitszentrum Wattwil

Die Verwaltungsräte der Spitalverbunde des Kantons St.Gallen, der Psychiatrieverbunde des Kantons St.Gallen und der Solviva AG haben mit dem Kanton St.Gallen eine Absichtserklärung ausgearbeitet, welche die weitergehende Prüfung einer verstärkten Zusammenarbeit im in der 4plus5-Strategie vorgeschlagenen Gesundheits-, Notfalls- und Pflegezentrums Wattwil vorsieht. Geprüft wird insbesondere der Umzug des psychiatrischen Ambulatoriums an den heutigen Spitalstandort Wattwil und die Einbindung ins vorgeschlagene Gesundheits-, Notfall- und Pflegezentrum. Darüber hinaus wird mit der Spitalregion Fürstenland Toggenburg die Neuorganisation der Zusammenarbeit in der Alkoholkurzzeittherapie vertieft analysiert. Mit diesen Schritten können Synergiepotenziale erschlossen werden und für die Patientinnen und Patienten kann ein ambulantes Zentrum zur Behandlung von akutsomatischen, psychosomatischen, psychiatrischen und psychosozialen Krankheiten aufgebaut werden. Die Solviva AG als mögliche Betreiberin des Standorts Wattwil könnte zudem mit ihrem Spezialpflegeangebot das bestehende Pflegeangebot der PSGN ergänzen.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

### 18.2.1 Psychiatrieverbund-Strategie 2020 - Angebote

Das Projekt "Psychiatrieverbund-Strategie 2020 - Angebote" befasste sich mit der integrierten, wohnortnahen, qualitativ hochstehenden psychiatrischen Versorgung und der Nutzung von Synergien mit internen und externen Partnern.

Im Detailkonzept dieses Projekts wurden die Grund- und Spezialversorgungsangebote der St.Galler Psychiatrieverbunde konkret beschrieben und spezifiziert. Für alle ambulanten, tagesklinischen und stationären Angebote ist jeweils das inhaltliche Profil, die Zielgruppen, diagnostische und therapeutische Grundsätze sowie das erforderliche fachliche Know-how definiert. Die Angebote sind aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten und ihrer Bedürfnisse und nicht aus Sicht der organisatorischen oder berufsgruppenspezifischen Anforderungen erstellt. Die diagnosespezifischen und diagnoseübergreifenden Angebote der St.Galler Psychiatrieverbunde wurden inhaltlich spezifiziert. Das diagnosespezifische Basis-Know-how wurde umschrieben und Grundlagen für gemeinsame Behandlungs- und Therapie-Standards sind erarbeitet.

Folgend sind die Projektziele aufgelistet:

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

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

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Zertifizierungen 2020

Im Berichtsjahr 2020 wurden keine Zertifizierungen erneuert oder erstmals zertifiziert.

## 19 Schlusswort und Ausblick

Wir, die Psychiatrie St.Gallen Nord, bieten umfassende stationäre und ambulante Behandlungsmöglichkeiten an mehreren Standorten an. Wir passen unsere Behandlungen kontinuierlich den verändernden Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und den wissenschaftlichen Entwicklungen und Erkenntnissen an. Wir wollen an allen Standorten, in allen Settings und zu jeder Zeit eine hochstehende und patientenorientierte Behandlung anbieten.

In den letzten Jahren haben wir viel Zeit und Energie in die Entwicklung einheitlicher Behandlungsrichtlinien investiert, die eine strukturierte und evidenzbasierte Behandlung sicherstellen. Im Jahr 2019 wurden gemeinsam mit den Psychiatrie-Dienste Süd verschiedene kantonale Spezialangebote lanciert. Im Rahmen der stationären kantonalen Spezialangebote bieten wir in Wil eine spezialisierte Behandlung für stressbedingte Erkrankungen an. Mit einheitlichen Behandlungsstandards werden unsere Patientinnen und Patienten an allen Standorten im Kanton St.Gallen nach den gleichen Kriterien versorgt. Dies stellt für unsere Patientinnen und Patienten eine gleiche Behandlungsqualität sicher und schafft damit einen nachhaltigen Nutzen.

Im Jahr 2020 wurde zusammen mit den Psychiatrie-Dienste Süd die Unternehmens- und Kooperationsstrategie für den Zeitraum 2021-2025 erarbeitet. Die Analysen und Konzeptionen wurden von einem psychiatrieverbundübergreifenden Strategieteam im Zeitraum vom März bis August 2020 durchgeführt bzw. erstellt. Die Ergebnisse wurden dem Verwaltungsrat im Rahmen der Verwaltungsratsklausur im September 2020 vorgestellt. Basierend auf den Vorgaben des Verwaltungsrates hat das psychiatrieverbundübergreifende Strategieteam im Zeitraum Mitte September bis Ende November 2020 die Umsetzung der Unternehmens- und Kooperationsstrategie konkretisiert. Es wurden insgesamt 30 Projekte definiert, die in den nächsten Jahren umgesetzt werden.

## 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

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:  
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 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 Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

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



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

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



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**): [www.samw.ch](http://www.samw.ch).