Psychiatrische Dienste Graubünden
www.pdgr.ch

Psychiatrische Dienste Graubünden
Klinik Beverin, Cazis und Klinik Waldhaus, Chur
Loestrasse 220
7000 Chur

Qualitätsbericht 2009

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern und Basel-Stadt

H+ qualité

Inhaltsverzeichnis

A Einleitung ... 3
B Qualitätsstrategie ... 5
B1 Qualitätsstrategie und -ziele ... 5
B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009 ... 5
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009 ... 5
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren ... 5
B5 Organisation des Qualitätsmanagements ... 6
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement ... 6
C Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung ... 7
C2 Kennzahlen Psychiatrie ... 7
D Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ... 8
D1 Zufriedenheitsmessungen ... 8
D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit ... 8
D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit ... 9
D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit ... 9
D1-4 Zuweiserzufriedenheit ... 9
D2 ANQ-Indikatoren ... 10
D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte ... 10
D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen ... 10
D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO ... 11
D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen ... 11
D3 Weitere Qualitätsindikatoren ... 12
D5 KIQ-Pilotprojekte ... 13
D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie ... 13
E Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring) ... 14
E1 Pflegeindikatoren ... 14
E1-1 Stürze ... 14
E1-2 Dekubitus (Wundliegen) ... 14
E2 Weitere Qualitätsindikatoren ... 15
E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings ... 15
F Verbesserungsaktivitäten ... 17
F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard ... 17
F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten ... 17
F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte ... 18
F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte ... 19
G Schlusswort und Ausblick ... 20
H Impressum ... 21
I Anhänge ... 22

© 2010, H+ qualité® / Version 3

A Einleitung

PSYCHIATRISCHE DIENSTE GRAUBÜNDEN (PDGR)

RECHTSFORM

Die PDGR sind eine selbständige Anstalt des kantonalen öffentlichen Rechts mit Sitz in Chur.

AUFGABEN

Die PDGR stellen die psychiatrische Versorgung der Erwachsenen im Kanton Graubünden im stationären, teilstationären und ergänzend im ambulanten Bereich sowie im Bereich Wohnheime und Arbeitsstätten für psychisch und geistig behinderte Menschen sicher. Sie bieten Aus- und Weiterbildungsplätze für Assistenzärzte, für Berufe im Gesundheitswesen, sozialpädagogische, gewerbliche und kaufmännische Berufe an.

BETRIEBE

Die PDGR bestehen aus fünf Betrieben. Dies sind die zwei Kliniken Beverin in Cazis und Waldhaus inkl. Gutsbetrieb in Chur sowie die drei Heimzentren Arche Nova in Landquart, Montalin in Chur und Rothenbrunnen in Rothenbrunnen mit ihren Arbeits- und Beschäftigungsstätten.

ORGANISATIONSFORM

Verwaltungsrat
Mario Cavigelli
Präsident

Geschäftsleitung
Josef Müller
CEO, Vorsitzender der Geschäftsleitung (VGL)

UE Management	UE Kliniken	UE Heimzentren	UE Finanzen und Support
Josef Müller Vorsitzender der Geschäftsleitung	Suzanne von Blumenthal Chefärztin Eduard Felber Pflegedienstleiter	Emerita Engel Leiterin Heimzentren	Beda Meyer Verwaltungsdirektor

FACTS & FIGURES

Stellen	421
Mitarbeitende	620
davon Lernende	40
Klinikbetten	208
Tagesklinik und Tageszentrum	73
Wohnplätze in den drei Heimzentren	129
Arbeitsplätze in den Arbeits- und Beschäftigungsstätten (ARBES)	114

Finanzen (**Stand 2009**)	
Aufwand	60.9 Mio. Franken
Ertrag	44.8 Mio. Franken
Kantonsbeitrag	16.1 Mio. Franken

STANDORTE

- Kliniken
- Ambulante Dienste
- Wohnheime
- Arbeits- und Beschäftigungstätten ARBES
- Tageskliniken
- Tageszentren
- Heroin Gestützte Behandlung (HeGEBe)

DIREKTION / KLINIKEN
www.pdgr.ch
info@pdgr.ch

Psychiatrische Dienste Graubünden
Direktion
Loestrasse 220
7000 Chur
Tel. +41 58 225 25 02
Fax +41 58 225 25 09

Psychiatrische Dienste Graubünden
Klinik Beverin
Postfach 200
7408 Cazis
Tel. +41 58 225 35 35
Fax +41 58 225 35 36

Psychiatrische Dienste Graubünden
Klinik Waldhaus
Loestrasse 220
7000 Chur
Tel. +41 58 225 25 25
Fax +41 58 225 25 26

Patientenfonds Kliniken
Postscheck 70-540-8

HEIMZENTREN
www.pdgr.ch
info@pdgr.ch

Psychiatrische Dienste Graubünden
Heimzentrum Arche Nova
Plantahofstrasse 27
7302 Landquart
Tel. +41 81 322 83 30
Fax +41 81 322 83 94

Psychiatrische Dienste Graubünden
Heimzentrum Montalin
Loestrasse 220
7000 Chur
Tel. +41 58 225 24 24
Fax +41 58 225 24 25

Psychiatrische Dienste Graubünden
Heimzentrum Rothenbrunnen
Hauptstrasse
7405 Rothenbrunnen
Tel. +41 58 225 45 45
Fax +41 58 225 45 46

Patientenfonds Heime
Postscheck 70-754-6

ARBES
www.arbes.ch
info@arbes.ch

Psychiatrische Dienste Graubünden
ARBES Montalin
Loestrasse 220
7000 Chur
Tel. +41 58 225 24 01
Fax +41 58 225 24 59

Psychiatrische Dienste Graubünden
ARBES Rothenbrunnen
Hauptstrasse
7405 Rothenbrunnen
Tel. +41 58 225 44 50
Fax +41 58 225 45 46

Servizi psichiatrici dei Grigioni
ARBES Moesano
Belécc
6535 Roveredo GR
Tel. +41 91 827 45 34
Fax +41 91 827 45 35

Stand 01.07.2010

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Leitbild (siehe Anhang)

Strategische Leitsätze:

1. Die Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) sind ein umfassender Anbieter ambulanter, teilstationärer und stationärer Untersuchungen, Behandlungen, Beratungen und Betreuungen von psychisch kranken, seelisch belasteten sowie psychisch behinderten Menschen.
2. Unser Hauptaugenmerk gilt dabei einer qualitativ guten und breiten Grundversorgung für die Bevölkerung des Kantons Graubünden und soweit möglich für angrenzende in- und ausländische Patientinnen und Patienten. Zu diesem Zweck erheben, bewerten und kommunizieren wir die Qualität unserer Leistungen.
3. Soweit sinnvoll und möglich, ergänzen wir dieses Angebot mit mindestens Vollkosten-deckenden Spezialitäten und/oder Nischenangeboten.
4. Im Rahmen der Grundversorgung verfolgen wir eine Kostenführerschafts-Strategie. Für die in Ergänzung dazu angebotenen Spezialitäten/Nischenangebote orientieren wir uns an einem Nischenansatz.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

- Ergänzende ambulante Versorgung im Kanton sichergestellt → 31.12.09.
- Die PDGR werden sich aktiv an neuen KVG-Finanzierungsmodellen von H+ beteiligen → 31.12.09
- Abschluss Kooperationsvereinbarungen mit KSGR im Hinblick auf gegenseitigen Austausch von Dienstleistungen ab 2009.
- Einzelne fachlich wichtige Elemente der Ergebnisqualität sind definiert und deren Messung geplant 31.12.09.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

- Ergänzende ambulante Versorgung im Kanton ist sichergestellt.
- Abschluss Konsiliarvertrag mit KSGR in Kraftsetzung ab 01.01.2010.
- Die Patienten/Klienten sind mit der Leistungserbringung Kliniken und Heimzentren (freundlicher, offener, kompetenter, hilfsbereiter Umgang) zu min. 80% zufrieden 31.12.09.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Pilotprojekt ANQ erfolgreich abgeschlossen 31.12.10.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.		
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.		
☒	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.		
☐	Andere Organisationsform, nämlich:		
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		80	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Qualitätsbeauftragte	+41 58 225 24 00	Emerita.engel@pdgr.ch	PM Heimzentren, MGL
Emerita Engel			
Qualitätsleiter			
Urs Gunzinger	+41 58 225 25 56	Urs.gunzinger@pdgr.ch	BL Unternehmensplanung
Prozessverantwortliche (siehe Anhang)			

C Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C2 Kennzahlen Psychiatrie

Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant	3987 (Fälle)	---	---	---
Tagesklinik	18'610.5 (Behandlungstage)	73	24.2 Tage	---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflegetage
stationär	208	1726	39.88	68'829

Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht	☒ ja	☐ nein	☐ teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte	• Klinik Beverin, Cazis • Klinik Waldhaus, Chur • Ambulante Psychiatrische Dienste, Engadin / Südtäler, Surselva, Mittelbünden, Chur, Prättigau / Davos • Tagesklinik, St. Moritz, Ilanz, Chur		

D Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	**Nein**, die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution **nicht** gemessen.		
☒	**Ja.** Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	☐ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**	**Nächste Messung:**
	☒ Ja. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:	Ausser den Heimzentren.
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:	

Messergebnisse	**Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	**Ergebnisse**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Stationär	80.1 %	
Teilstationär	80.6 %	
Ambulant	92.9 %	

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009				
☐ Mecon ☐ Picker ☐ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☒ POC(-18)	☐ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	POC(-18)	Name des Messinstitutes	CareMetrics
☐ eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	Fragebogen			
Einschlusskriterien	Befragung bei Austritt und/oder Verlegung			
Ausschlusskriterien	Gerontopsychiatrie			
Rücklauf in Prozenten	Stationär: 60.6 %			
Erinnerungsschreiben?	☒ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:		

© 2010, H+ qualité® / Version 3

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☒	**Nein**, die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution **nicht systematisch** gemessen.				
☐	**Ja.** Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.				
	☐ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**		**Nächste Messung:**	
	☐ Ja. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.				

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☐	**Nein**, die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution **nicht** gemessen.				
☒	**Ja.** Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.				
	☒ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**	2007	**Nächste Messung:**	2010
	☐ Ja. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.				

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:	
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:	

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☐	**Nein**, die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution **nicht** gemessen.				
☒	**Ja.** Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.				
	☒ Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**	2008	**Nächste Messung:**	2011
	☐ Ja. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.				

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:	
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:	

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?				
☐	**Nein**, die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution **nicht** gemessen.			
☒	**Ja.** Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.			
	☐ **Keine** Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**		**Nächste Messung:**
	☒ **Ja**. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.			
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?	**Klinik Beverin, Cazis, Klinik Waldhaus, Chur**		

Anzahl Austritte in 2009	**Anzahl Wiedereintritte in 2009**	**Rehospitalisations-rate: Ergebnis [%]**	**Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)**	**Auswertungsinstanz**
666	57	8,6 %	365	Controlling

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

2009 gab es bei der Tracergruppe F2: 133 Ersteintritte, 19 Zweiteintritte und 7 Dritt- oder Mehrfacheintritte.
Bei der Tracergruppe F3 279 Ersteintritte, 29 Zweiteintritte und 2 Dritt- oder Mehrfacheintritte.
Von 666 Ausgetretenen Patienten mit Diagnose F2 oder F3 sind also 57 wieder eingetreten. Jedoch kann nicht unterschieden werden, ob die Wiedereintritte vermeidbar oder ungeplant waren.

☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
☒ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?				
☒	**Nein**, die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution **nicht** gemessen.			
☐	**Ja.** Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.			
	☐ **Keine** Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**		**Nächste Messung:**
	☐ **Ja**. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.			
	Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

© 2010, H+ qualité® / Version 3

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?					
☒	**Nein**, die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution **nicht** gemessen.				
☐	**Ja.** Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.				
	☐	**Keine** Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**		**Nächste Messung:**
	☐	**Ja**. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.			
		Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen

Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?					
☒	**Nein**, die Infektionen werden in unserer Institution **nicht** gemessen.				
☐	**Ja.** Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.				
	☐	**Keine** Messung im Berichtsjahr 2009.	**Letzte Messung:**		**Nächste Messung:**
	☐	**Ja**. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.			
		Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

D3 Weitere Qualitätsindikatoren

Messthema	**Besondere Ereignisse (CIRS – Critical Incident Reporting System)**

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	**Gesamte PDGR**		
Gemessene Abteilungen:	**Gesamte PDGR**	Ergebnis:	**105 eingegangene Meldungen**
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☒ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:	**Formular Meldung besondere Ereignisse**
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

Messthema	**Zwangsmassnahmen**

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	**Beide Kliniken: Beverin und Waldhaus**		
Gemessene Abteilungen:	**Alle Stationen**	Ergebnis:	**Massnahmen:** **- Isolationen: 186** **- Fixationen: 105** **- Zwangsernährung: 1** **Zwangsmedikation nach:** **- Ankündigung von Nachteilen (Sperrung von Ausgang oder Urlaub): 13** **- Ankündigung von Zwang oder Isolation, bei Medikamentenverweigerung: 56**
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:	**KIS (OpenMed)**
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

D5 KIQ-Pilotprojekte

Das nationale KIQ Pilotprojekt Psychiatrie, getragen von H+, santésuisse und MTK, mit Beisitz von der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, spezifizierte für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation die Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinikinternen Messungen sowohl aus Patientensicht (Selbstrating) als auch aus Behandlungssicht (Fremdrating), mit einem regelmässigen Austausch und einer Vernetzung zwischen allen Pilotkliniken und auch einem systematischen Vergleich der Messergebnisse der Pilotkliniken wird im zweijährigen Pilot die Qualität und die Reflexion über Verbesserungsmassnahmen gefördert.

Erst im März 2009 schlossen sich die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung **KIQ** und der Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung **IVQ** zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken **ANQ** zusammen. Deshalb wird in diesem Berichtsjahr noch die Bezeichnung KIQ verwendet.

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie

Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
☒ ja	**Gewählte Messvariante:** ☐ Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen ☒ Symptombelastung, Lebensqualität ☐ Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
☐ nein	

E Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze

Definition des Messthema „Sturz“	**Unterschieden wird ob es nach dem Sturz zu Verletzungen kam oder nicht.**

Messung im Berichtsjahr 2009					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	**Klinik Beverin, Cazis und Klinik Waldhaus, Chur.**				
Gemessene Abteilungen:	**Alle Stationen**				
Ergebnis gesamt:	**23**	Anteil **mit** Behandlungsfolgen:	**13**	Anteil **ohne** Behandlungsfolgen:	**10**

☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☒	internes Instrument	Name des Instrumentes:	**KIS (OpenMed)**
☐	externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis gesamt:	

☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

Entstehungsort der Dekubiti	**Werte (quantitativ)**				
	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung					
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.					
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen					

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	internes Instrument	Name des Instrumentes:	
☐	externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

© 2010, H+ qualité® / Version 3

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema	**Austrittsbefragung Bewohner HZ und Klienten ARBES**

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	**Heimzentren Chur, Landquart, Rothenbrunnen**		
Gemessene Abteilungen:	**Wohnheime und ARBES**	Ergebnis:	**Zu wenig Rücklauf**
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☒ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:	**Austrittsfragebogen Bewohner und Angestellte der geschützten Werkstätten oder ARBES**
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

Messthema	**Austrittsbefragung Mitarbeitende**

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	**Gesamte PDGR**		
Gemessene Abteilungen:	**Gesamte PDGR**	Ergebnis:	**82.1 % der ausgetretenen Mitarbeitenden waren zufrieden oder sehr zufrieden.**
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:	**Software MABE**
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

Messthema	**Bewohner- und Klientenzufriedenheit**

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	**Unternehmenseinheit Heimzentren**		
Gemessene Abteilungen:	**Wohnheime und ARBES**	Ergebnis:	**82 % Zufrieden**
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:	**Fragebogen Bewohner- und Klientenzufriedenheit**
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

© 2010, H+ qualité® / Version 3

Messthema	Praktikumszufriedenheit (Lehrlinge, Lernende, Studierende)

Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Gesamte PDGR		
Gemessene Abteilungen:	Gesamte PDGR	Ergebnis:	90.9 % Waren sehr zufrieden oder zufrieden.
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☐ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☒	internes Instrument	Name des Instrumentes:	Fragebogen Praktikumszufriedenheit
☐	externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

F Verbesserungsaktivitäten

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter www.spitalinformation.ch zu finden.

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	**Angewendete Norm**	**Zertifizierungs-jahr**	**Jahr der letzten Rezertifizierung**	**Bemerkungen**
Geschäftsleitung sowie folgende Geschäftseinheiten: - UE Management ohne Gutsbetrieb - UE Kliniken - UE Heimzentren - UE Finanzen und Support	ISO 9001:2000	2001	2007	Rezertifizierung im Jahr 2010 (alle 3 Jahre)
PDGR	Branchenlösung Arbeitssicherheit	2006	- - -	Rezertifizierung 2011

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

*Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten*

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	**Aktivität** (Titel)	**Ziel**	**Status Ende 2009**
PDGR	Kundenzufriedenheit	90 % zufrieden	
PDGR	Zuweiserzufriedenheit	80 % zufrieden	
PDGR	Zielsystem	Ziele für Haupt-, Sub- und Teilprozesse bis zu den Mitarbeitenden erstellen	Jährlich
PDGR	Besondere Ereignisse	Erfassen von Zwischenfällen in allen Unternehmensein-heiten	Laufend
PDGR	Patientenverpflegung	Erfassen von Fehlern in der Verpflegung	Laufend
PDGR	Verbesserungswesen	Erfassen von Vorschlägen und Reklamationen aus allen Unternehmensein-heiten und von Externen	Laufend
UE Kliniken und Heimzentren	Zwangsmassnahmen	Erfassen im OpenMed	Laufend
UE Kliniken und Heimzentren	Sturzrisiko und -prophylaxe	Erfassen im OpenMed	Laufend

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

*Auflistung der aktuellen Qualitäts**projekte** im Berichtsjahr (laufend / beendet)*

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	**Projekt** (Titel)	**Ziel**	**Laufzeit** (von … bis)
UE Kliniken	ANQ (KIQ) Pilotprojekt Psychiatrie	Messung der Ergebnis-qualität	laufend
PDGR	Prozessorientierte Führungsorganisation	Prozessorientierte Führungsorganisation stellt eine hohe Versorgungsqualität sicher.	Beendet September 2009
PDGR	Zuweisermarketing	Optimierung der Zusammenarbeit von Zuweisern und PDGR. Erhöhung der Qualität der Ein- bzw. Austrittsprozesse sowie der Nachbehandlung.	01.01.10 / 30.09.10
PDGR	Web-Auftritt	Mit dem Web-Auftritt unterstützen wir die Schaffung und Erhaltung nachhaltiger Beziehungen zu Zuweisern, Patienten und Angehörigen. Unseren Anspruchsgruppen bieten wir mit dem Web-Auftritt ausserordentlich gute Nutzungsmöglichkeiten welche positive Auswirkungen auf die Qualität haben.	01.01.10 / 15.07.10
PDGR	Personalmarketing	Fokus des Projekts ist die Zukunftsvision: „Die PDGR ist ein ungewöhnlich attraktiver Arbeitgeber. Wer sich beruflich neu orientiert, sucht zunächst bei den PDGR.“ Damit wird auch eine hochstehende medizinische Versorgung sichergestellt.	25.01.10 / 15.07.10

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 ***abgeschlossenen*** *Qualitätsprojekten*

Projekttitel	**Prozessorientierte Führungsorganisation**	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	1. Die Zufriedenheit der Patientinnen und Klientinnen bleibt konstant. 2. Die neue Organisation ist kostenneutral umgesetzt (bei gleich bleibenden Leistungen). 3. Für die Fachkräfte der Kernprozesse stehen für Patientinnen bzw. KlientInnen bei gleichen Ressourcen mehr Betreuungs- und Behandlungszeit zur Verfügung. 4. Die Mitarbeitenden finden, dass sie ihr Prozessverständnis wesentlich gesteigert haben. 5. Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden wird erhöht.	
Beschreibung	Wir setzen die neue Organisation um, ermöglichen mit ihr wirtschaftliches Handeln und schaffen eine gute Basis für eine hohe Leistungsqualität.	
Projektablauf / Methodik	Durchführung der Umsetzung in den Schritten: Systembau, Einführung, Verbesserung, Abschluss (Verifizierung).	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen		
Projektevaluation / Konsequenzen	**Erfolgserlebnisse:** Die neue Organisation bewährt sich in der Praxis. Die Projektziele konnten grösstenteils erreicht werden. **Schwierigkeiten:** Die mit dem TP Römerturm initiierten kulturellen Veränderungen werden mehr Zeit in Anspruch nehmen als ursprünglich erwartet.	
Weiterführende Unterlagen		

G Schlusswort und Ausblick

Im Jahr 2009 zeichneten sich folgende positiven Entwicklungen ab:

- Erhöhung der Patientenzufriedenheit
- Steigerung der Betreuungs- und Behandlungszeit am Patienten.

Die Qualitätsentwicklung wird im Jahr 2010 durch die im Bericht aufgeführten Projekte unterstützt.

Impressum

Herausgeber / Lesehilfe

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern
© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch

Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

➔ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

➔ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien

Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **Be**rn) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_qabe

Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Partner

Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch

I Anhänge

B5 Organisation des Qualitätsmanagement.
- Prozessverantwortliche PDGR

Prozessverantwortliche

	Prozesse	Prozessverantwortung	Administration
M	**Management**	**J. Müller**	**D. Savio**
M0	Handbuchübersicht	E. Engel (QB)	
M1	Unternehmensplanung	U. Gunzinger (QL)	
M2	Personal	M. Hutter	
M3	Unternehmensorganisation	i.V. U. Gunzinger	
M4	Marketing und Kommunikation	M. Pieren	
M5	Unternehmensentwicklung	U. Gunzinger	

	Prozesse	Prozessverantwortung	Administration
K	**Kliniken**	**S. v. Blumenthal, E. Felber**	**C. Flepp**
K1	Angebote	S. v. Blumenthal	
K2	Eintritt	S. Bäder	
K3	Diagnostik	R. Maier	
K4	Behandlung	S. v. Blumenthal	
K5	Austritt	S. Bäder	

	Prozesse	Prozessverantwortung	Administration
HZ	**Heimzentren**	**E. Engel**	**R. Danuser**
HZ1	Angebote	E. Engel	
HZ2	Eintritt	M. Lang	
HZ3	Betreuung	R. Lang	
HZ4	Produktion/DL ARBES	R. Danuser	
HZ5	Austritt	M. Lang	

	Prozesse	Prozessverantwortung	Administration
FS	**Finanzen und Support**	**B. Meyer**	**M.T. Patscheider**
FS1	Finanzen	C. Blumenthal	
FS2	Kundenadministration	D. Crameri	
FS3	Controlling	C. Camiu	
FS4	Informatik	M. Jost	
FS5	Infrastruktur	J. Lenz	
FS6	Hotellerie	L. Nigg	
FS7	Beschaffung	C. Kohler	
FS8	Sicherheit	W. Fischer	