



Psychiatrie-Dienste Süd

St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
Klosterweg
7312 Pfäfers



Qualitätsbericht 2009

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



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	4
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	4
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	5
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	6
C2	Kennzahlen Psychiatrie	6
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	6
D1	Zufriedenheitsmessungen	6
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	6
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	7
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	8
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	9
D2	ANQ-Indikatoren	10
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	10
D5	KIQ-Pilotprojekte	10
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	10
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	11
E1	Pflegeindikatoren	11
E1-1	Stürze	11
E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	11
F	Verbesserungsaktivitäten	12
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	12
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	12
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	12
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	13
G	Schlusswort und Ausblick	14
H	Impressum	15
I	Anhänge	16



St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd

www.psych.ch

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



Die Ziele sind der Abbau von Angst und Vorurteilen sowie die Re-Integration von psychisch kranken Menschen in die Gesellschaft.. Das Versorgungsmodell ist systemisch-patientenorientiert. Die Grundversorgung erfolgt möglichst gemeindenah, in enger Vernetzung mit lokalen Leistungspartnern. Die ambulanten und tagesklinischen Leistungen werden primär von den drei regionalen Psychiatrie-Zentren in Heerbrugg, Trübbach und Uznach erbracht, die stationäre Versorgung erfolgt am Standort Pfäfers. Die Klinik St.Pirminsberg und die Zentralen Dienste (Administration und Infrastruktur) in Pfäfers sind spezialisierte Dienstleister für die regionalen Zentren.

Handlungsgrundlage bildet die Leistungsvereinbarung mit den kantonalen Gesundheitsbehörden. Im stationären und tagesklinischen Bereich besteht mit dem Fürstentum Liechtenstein FL eine Versorgungsvereinbarung.



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die Psychiatrie-Dienste Süd haben 2003 entschieden, in der ganzheitlichen Umsetzung des Artikels 58 des Schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) das EFQM-Modell für Business Excellence in ihre Organisation und ihr System des Qualitätsmanagements einzuführen. Der Nachweiserbringung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unter Einbezug gesellschaftlicher Faktoren kommt das Modell am nächsten.

Das Vorgehen in den St.Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd:

- Selbstanalyse der neun Kriterien nach dem EFQM-Modell (2003)
- Fremdbewertung nach dem EFQM-Modell (2004)
- Bestimmung von drei Verbesserungsprojekten (2004)
- Einstieg ins Exzellenzprogramm der Swiss Association for Quality (SAQ) mit der Bewerbung zur «Verpflichtung zur Exzellenz» (2005)
- Auditierung durch SAQ
- EFQM-Auszeichnung "Committed to Excellence" (2006)
- Fokus Prozessmanagement und ISO Zertifizierung 9001:2000 (2008 - 2010)
- EFQM-Auszeichnung „recognised for excellence“ wird angestrebt

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

- Prozessmanagement
- Patientenzufriedenheit
- Critical Incident Reporting System (CIRS)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

- CIRS Einführung
- Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich erhoben

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Zertifizierung nach ISO 9001/2008 Ende 2010
- EFQM-Auszeichnung „recognised for excellence“ wird angestrebt

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: Als beratende Funktion in der Geschäftsleitung vertreten |
| 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
Dr. Thomas MEIER	081 303 60 60	thomas.meier@psych.ch	<u>Chefarzt / Qualitätsbeauftragter</u>
Mag. Michaela RISCH	081 303 68 45	michaela.risch@psych.ch	<u>Leitung Qualitätsmanagement</u>

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant	3'172 (Fälle) oder 32'654 (Anz. Konsultat.)	---	---	---
tagesklinisch	271 (Fälle) oder 9'042 (Tage)	44	42.9 (Tage/Austritte)	---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflegetage
stationär	143	1'284	43.3 Tage	50'000
Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht		☒ ja	☐ nein	☐ teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte		- Klinik St.Pirminsberg, Pfäfers - Psychiatrie-Zentrum Werdenberg-Sarganserlang, Trübbach - Psychiatrie-Zentrum Rheintal, Heerbrugg - Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet, Uznach		

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: - Psychiatrie-Zentrum Werdenberg-Sarganserland - Psychiatrie-Zentrum Rheintal - Psychiatrie-Zentrum Linthgebiet
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		MüPf Münsterlinger Patientenfragebogen
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

☐	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 Name des Messinstitutes		
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	Abgeänderter stationärer Fragebogen durch Benchmarkgruppe		
Einschlusskriterien	Patienten mit mindestens einer Konsultation 90 Tage vor Befragung		
Ausschlusskriterien	Demenz, Fremdsprachigkeit		
Rücklauf in Prozenten	37 Prozent		
Erinnerungsschreiben?	☐ Nein.	☒ Ja, Einsatz wie folgt:	14 Tage nach Versand der Fragebögen

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: 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 Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:	
☐ 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

☐	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			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			

Ausschlusskriterien	
Rücklauf in Prozenten	
Erinnerungsschreiben?	☐ Nein. ☐ Ja, Einsatz wie folgt:

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: 2008	Nächste Messung: offen
☐	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:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐ 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			
☒	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mecon	Name des Messinstitutes Mecon AG
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:



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:	2004 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:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
☐ 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			
☒	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Mecon	Name des Messinstitutes Mecon
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:

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?				
Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).				
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

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 (Selbststrating) 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	



Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“		Unfreiwilliges und/oder zu Boden fallen oder sinken	
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Klinik St. Pirminsberg	
Gemessene Abteilungen:		Alle Abteilungen	
Ergebnis gesamt:	121	Anteil mit Behandlungsfolgen:	5
		Anteil ohne Behandlungsfolgen:	116
☐ 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:		
☐ 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:					



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
Gesamter Betrieb	Culinarium	2008		Stufe 2 wird angestrebt (2010)
Klinik St. Priminsberg	Natur und Wirtschaft	2009	-	-
Gesamter Betrieb	HACCP	2008	-	2010 Rezertifizierung
Gesamter Betrieb	EFQM	2006	-	Commitet to Excellence

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
Psychiatrie-Dienste Süd	Benchmark Patientenzufriedenheit	Kontinuierliche Verbesserung (KVP)	Laufende Erhebung
Klinik St. Pirminsberg	Benchmark Q-Zirkel	Kennzahlenvergleich Psychiatrien	Laufend
Klinik St. Priminsberg	Erhebung Zwangsmassnahmen und Arbeitsgruppe	Vergleich im Umgang mit Freiheitsbeschränkenden Massnahmen	Laufend
Memorystation	Erhebung Freiheitsbeschränkende Massnahmen und Zwangsmassnahmen	Sensibilisierung	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)
Psychiatrie-Dienste Süd	IKS	Internes Kontrollsystem und Risikomanagement	08.08 ...12.10
Psychiatrie-Dienste Süd	Implementierung Prozessmanagementsystem	Klärung von Verantwortlichkeiten und Verbindlichkeiten.	09.08 09.10
Klinik St.Pirminsberg	Koordinationsteam Pflegequalität KPQ	Überprüfung der Pflegestandards	Laufend

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitel	CIRS
Bereich	☒ internes Projekt ☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Einführung eines unternehmensweiten Erfassungstools für kritische Ereignisse (CIRS = Critical Incident Reporting System)
Beschreibung	Unter Critical Incident Reporting-System (CIRS) (häufig auch Fehlerberichtssystem genannt) versteht man ein Berichtssystem zur - meist anonymen - Meldung von kritischen Ereignissen (critical incident) und Beinahe-Schäden (near miss) auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Es handelt sich dabei um die standardisierte Erfassung und Analyse von kritischen Ereignissen. V.a. Meldungen von kritischen Ereignissen, die mit einer Gefährdung des Patienten abgelaufen sind, stellen einen grossen Wissensschatz von Ereignissen dar, die zur Vermeidung zukünftiger Schäden analysiert werden können. Ziel eines internen, als auch eines übergeordneten CIRS Meldeportal, ist das aus Fehlern bzw. kritischen Ereignissen Lernen. Sowohl aus den eigenen, als auch aus fremden. Aus diesem Grund haben die Psychiatrie-Dienste entschlossen sich am gemeinsamen Meldeportal der Universitätskliniken Zürich-Bern-Basel OSIRIS zu beteiligen.
Projektablauf / Methodik	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? ☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeiter
Projektevaluation / Konsequenzen	Das implementierte System zur Förderung der Lernkultur innerhalb der Institution wird genutzt und gelebt. Laufende Evaluation der eingehenden Meldungen und der daraus abgeleiteten Massnahmen.
Weiterführende Unterlagen	Konzept CIRS der St. Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd
Projekttitel	Erhebung der Patientenzufriedenheit ambulant
Bereich	☒ internes Projekt ☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Erhebung der Patientenzufriedenheit um Verbesserungsmassnahmen abzuleiten
Beschreibung	Erhebung mit dem Münsterlinger Patientenfragebogen (MüPf) der von der Benchmarkgruppe auf ambulante Bedürfnisse angepasst wurde.
Projektablauf / Methodik	Befragt wurden alle Patienten mit mindestens einer Konsultation in den drei Monaten vor dem Befragungszeitraum (September 2009). Nach 14 Tagen wurde ein Reminder verschickt. Ausgewertet wurden alle Fragebögen durch die Universität Neuchatel. Die Ergebnisse wurden kommuniziert und Verbesserungsmassnahmen abgeleitet.
Einsatzgebiet	☒ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Benchmarkgruppe MüPf ☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb ☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten? ☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?.....
Involvierte Berufsgruppen	Leiter der Psychiatriezentren (Linthgebiet, Rheintal und Werdenberg – Sarganserland), Administration, Behandlungsteams und Qualitätsleitung
Projektevaluation / Konsequenzen	Verbesserungsmassnahmen wurden in den Teams besprochen und werden durch die Qualitätsleitung evaluiert.
Weiterführende Unterlagen	-



Das Qualitätsmanagementkonzept betrifft in erster Linie die Geschäftsleitung der Psychiatrie-Dienste Süd und deren Mitarbeitende. Miteinbezogen in die Qualitätsentwicklung sind unsere externen Partner wie Zuweiser und andere Leistungserbringer im psychiatrischen Umfeld. Unsere Anstrengungen für unsere Anspruchsgruppen sollen spürbar sein – Patienten, Angehörige, Leistungspartner und Finanzierer (Kanton und Krankenkassen). Die Psychiatrie Dienste Süd legen grossen Wert auf Qualität und deren Weiterentwicklung.

Um dies zu unterstützen sind die Psychiatrie-Dienste Süd eine Verpflichtung zu Excellence eingegangen und haben sich dem EFQM-Modell verschrieben. 2006 erhielten die Psychiatrie-Dienste Süd die offizielle SAQ/EFQM Urkunde «Committed to Excellence». Die Qualitätspolitik ist ein Bestandteil der Unternehmenspolitik und beinhaltet die grundsätzlichen An- und Absichten des Unternehmens bezüglich Qualität. Ende 2010 wird die ISO Zertifizierung nach ISO 9001/2008 angestrebt.

Die Qualitätspolitik ist die Basis der gesamten Qualitätsplanung und deshalb von zentraler Bedeutung im Qualitätsmanagement. Die Qualitätspolitik gilt für einen Zeithorizont von ca. 3-5 Jahren. Qualitätsziele werden jährlich daraus abgeleitet. Qualitätspolitik, Qualitätsziele und Ergebnisse werden intern durchgehend kommuniziert.

Was?

Die Psychiatrie-Dienste Süd streben Exzellenz in allen Dienstleistungen an. Sie orientieren sich dabei an den Bedürfnissen, Möglichkeiten und Erwartungen der Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen und den zuweisenden Stellen.

Wer?

Die Geschäftsleitung setzt Qualitätsziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die Arbeiten an der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung. Alle Mitarbeitende verpflichten sich an der Umsetzung zu beteiligen.

Wie?

Die Geschäftsleitung ist dafür besorgt, dass genügend, qualifizierte und motivierte Mitarbeiter die verlangten Leistungen erbringen können. Durch zielgerichtete Aus- und Weiterbildung werden die Mitarbeitenden befähigt, ihre Aufgabe fachgerecht zu erfüllen. Reflexionsmöglichkeiten wie Fallbesprechungen, Supervision oder auch kollegiale Intervention sind als feste Bestandteile in die tägliche Arbeit integriert. Fachliche Standards werden in allen Bereichen entwickelt und laufend dem aktuellen Wissensstand angepasst. Es herrscht eine offene Betriebskultur, wo Fehler als Chance verstanden werden, daraus zu lernen. In diesem Sinne werden Qualitätsdefizite rasch erkannt und behoben. Ideen der Mitarbeitenden werden systematisch behandelt, d.h. aufgenommen, bewertet und je nach Ergebnis zügig umgesetzt.

Die Bedürfnisse der Kunden und Kooperationspartner werden kontinuierlich erfasst und bei der Weiterentwicklung der Angebote berücksichtigt werden. Sie werden auch bei der Bewertung der Qualität miteinbezogen. Die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse sorgt für Effizienz und Wirksamkeit in der Behandlung. Mit den finanziellen Ressourcen wird haushälterisch umgegangen, sodass die vereinbarten Vorgaben der Finanzierer (Krankenkassen, Kanton) eingehalten werden können. Die Ressourcen - Arbeit, Energie, Material, Informationen und Wissen - werden verantwortungsvoll eingesetzt.

Wozu?

Die St.Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd wollen zufriedene Patientinnen und Patienten, Angehörige und Zuweiser. Sie sind ein wichtiger Arbeitsmassstab. Mit den Qualitätsbestrebungen soll die Position im gesamtschweizerischen Vergleich weiter gestärkt werden.



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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 **Akutomatik, 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 **B**ern) 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



Anhänge