offen und herzlich

Psychiatrische Klinik Zugersee

Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie
Widenstrasse 55
Postfach 200
6317 Oberwil bei Zug

Psychiatrie

Qualitätsbericht 2012 (V6.0)

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Impressum

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_patientensicherheit/qualitaetsbericht

Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Kantone / Gremien

Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa

Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Handen des Kantons auszufüllen.

Partner

Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

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.**

Bezeichnungen

Um die **Lesbarkeit des Qualitätsberichts** zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

Inhaltsverzeichnis

A Einleitung 1
Jahresbericht 2012 1
B1 Qualitätsstrategie und -ziele 2
B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012 2
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012 3
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 3
B5 Organisation des Qualitätsmanagements 4
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 4
C Betriebliche Kennzahlen und Angebot 5
C1 Angebotsübersicht 5
C3 Kennzahlen Psychiatrie 2012 5
D Zufriedenheitsmessungen 7
D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit 7
D2 Angehörigenzufriedenheit 9
D3 Mitarbeiterzufriedenheit 10
D4 Zuweiserzufriedenheit 11
E ANQ-Indikatoren 12
E2 ANQ-Indikatoren Psychiatrie 12
E2-1 Symptombelastung mittels HoNOS Adults 13
E2-2 Symptombelastung mittels BSCL 14
E2-3 Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM 15
F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012 16
F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ) 16
F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ) 17
G **Registerübersicht** 18
H **Verbesserungsaktivitäten und -projekte** 19
H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards 19
H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte 19
H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte 20
I **Schlusswort und Ausblick** 21

A Einleitung

Die Psychiatrische Klinik Zugersee in Oberwil bei Zug ist die Konkordatsklinik der Kantone Uri, Schwyz und Zug. Im Auftrag dieses Konkordats deckt die Klinik die stationäre psychiatrische Grundversorgung der Bevölkerung dieser drei Kantone ab. Dies beinhaltet die Abklärung, Behandlung und fachspezifische Pflege für psychisch kranke Menschen aller Versicherungskategorien sowie die Behandlung psychiatrischer Notfälle und die stationäre Krisenintervention.

Die behindertengerecht ausgestattete Klinik verfügt über 124 Betten in hellen und modern eingerichteten Doppel- und Einzelzimmern. Sie verteilen sich auf

- drei Akutstationen mit je 20 Betten
- eine offene Akutstation mit 12 Betten
- eine Station für Depressionsbehandlung und Psychotherapie mit 16 Betten
- eine Geronto-Akutstation mit 24 Betten
- eine Geronto-Intensivstation mit 12 Betten

Die Psychiatrische Klinik Zugersee bietet Menschen mit unterschiedlichen Belastungen und Erkrankungen Hilfe und Unterstützung. Der Psychotherapie und der Bezugspflege kommt hierbei ein hoher Stellenwert zu.

Ausgangspunkt unserer Behandlungen sind die persönlichen Anliegen der Betroffenen, die in einen gemeinsam entwickelten Therapieplan aufgenommen werden. Die intensive Zusammenarbeit verschiedener spezialisierter Berufsgruppen sorgt für eine hohe Behandlungsqualität.

Wir bieten Menschen mit schweren Beziehungsstörungen, Suchterkrankungen, Besonderheiten im Gefühlserleben und auch bei Angsterkrankungen, psychisch bedingten körperlichen Beschwerden und anderen Schwierigkeiten aus dem gesamten Spektrum psychischer Störungen und psychiatrischer Erkrankungen eine angemessene und wirksame Behandlung.

Darüber hinaus sind speziell angepasste Behandlungen, d.h. sogenannt störungsspezifische Therapien in besonders geschulten Teams möglich bei:

- Krisenintervention und psychiatrischer Akutbehandlung
- Depressionen
- Alkoholabhängigkeit
- Alterspsychiatrische Behandlung und Demenzerkrankungen
- Störungen des Icherlebens und Schizophrenie
- Mutter-Kind Hospitalisation

Besuchen Sie auch unsere Homepage www.pkzs.ch

Jahresbericht 2012

Unseren Jahresbericht 2012 finden Sie auf unserer Homepage:
Jahresbericht der Psychiatrischen Klinik Zugersee

B Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Das Qualitätsmanagementsystem (QMS) der Psychiatrischen Klinik Zugersee orientiert sich an ihrer Prozessorganisation: Zwischen den Erwartungen der internen und externen Kunden und den im Unternehmen erbrachten Dienstleistungen liegen Prozessketten, die von den Prozesseignern gelenkt und durch Ressourcenmanagement unterstützt werden.

Wertschöpfungs- bzw. Leistungserbringungsprozesse bilden das zentrale Element des prozessorientierten QMS. Wertschöpfung umschreibt die Transformation von Ressourcen zu Dienstleistungen. Ziel der Leistungserbringungsprozesse ist die Zufriedenstellung der Patientinnen und Patienten sowie der internen und externen Kunden der Klinik, wie z.B. Zuweiser, Finanzierer, Angehörige, Lernende, Ärzte in Ausbildung, Gäste u.a.m.

Das prozessorientierte Qualitätsmanagementsystem ist Teil des umfassenden Unternehmensführungssystem mit folgenden Zielen:

- Ständige Optimierung der betrieblichen Abläufe
- Laufende Verbesserung der erbrachten Dienstleistungen und Produkte
- Ständige Reduktion von Fehlern und Risiken
- Langfristige Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

Die Psychiatrische Klinik Zugersee verfolgt eine kontinuierliche Qualitätsstrategie mit Fokus auf Prozessoptimierung inkl. Überprüfung des Ressourceneinsatzes und fachlichen Schwerpunktkonzepten.

Erstmalig wurde die gesamte Klinik im Jahr 2010 nach der ISO-Norm 9001:2008 zertifiziert. Nach 2011 wurde erneut im 2012 erfolgreich das Aufrechterhaltungsaudit durchgeführt.

Die Klink verfolgt eine Strategie zur nachhaltigen Personalentwicklung in alle Bereichen.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

Im Laufe des Jahres 2012 wurde das erste Teilprojekt ‚Umsetzung eines prozessorientierten Kennzahlensystems in der Psychiatrischen Klinik Zugersee' abgeschlossen. Das System erlaubt einen schnellen Überblick über die relevanten Qualitäts-Kennzahlen und ein umfangreiches Reporting von betriebsrelevanten Statistiken.

Seit 1. Juli 2012 laufen die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Die Messvorgaben gelten für die stationäre Psychiatrie und umfassen alle Patienten mit Ausnahme von Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Umsetzung der Vorgaben erfolgte im Rahmen eines Einführungsprojekts. Mit Hilfe elektronischer Erfassungsmasken für Fallführende und Pflegende konnten die Anforderungen mit einem Mindestmass an Mehrarbeit umgesetzt werden.

Für Patienten wird der BSCL-Fragebogen (Selbsteinschätzung der Symptombelastung durch den Patienten) auf Tablet-PCs abgegeben.
Gemäss Zeitplan der ANQ wurden termingerecht Testdaten für die Auswertungen geliefert.

Für die Therapieplanung der Patienten wurde ein elektronisches Planungsinstrument konzipiert. Das Ziel des Systems ist die regelmässige und zeitnahe Abgabe von erzeugten Tages- und Wochenplänen für Patienten. Start der Patiententerminkoordination ist im ersten Quartal 2013

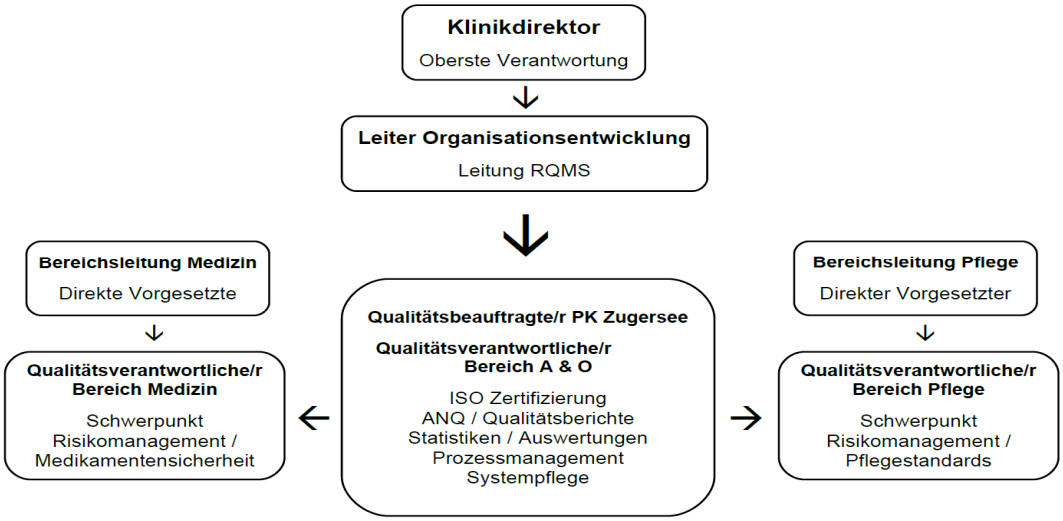
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Nach dem Ausbau der QM-Organisation im 2012 wird das klinische Risikomanagement weiter ausgebaut. Hierfür wird ein übergeordnetes Prozedere über Analyse von Risiken und Fehlern im klinischen Risikomanagement, Massnahmenplanung und –Umsetzung festgelegt.

Das im 2012 aufgebaute Kennzahlensystem wird kontinuierlich weiterentwickelt

Auf Basis der Erfahrungen mit der elektronischen Therapieplanung und der Auswertungen der Therapiepläne wird eine Analyse der Bedürfnisse an Spezialtherapien erfolgen. Es soll eine kontinuierliche Optimierung der Ressourcenplanung in den Spezialtherapien erreicht werden.

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:		
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		100	Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. Claudius Condrau		claudius.condrau@pkzs.ch	Leiter OE Leitung RQMS
Michaela Höring		michaela.hoering@pkzs.ch	Qualitätsbeauftragte QV A&O
Dr. med. Wilhelm Komm		wilhelm.komm@pkzs.ch	Oberarzt QV Bereich Medizin
Erich Berger		erich.berger@pkzs.ch	Fachstelle Pflege QV Bereich Pflege
Pascal Zbinden		pascal.zbinden@pkzs.ch	Stv. Pflegedienstleiter QV Bereich Pflege

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Psychiatrische KlinikZugersee → Kapitel „Leistungen“.

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	**An den Standorten**	**Zusammenarbeit im Versorgungs-netz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Psychiatrie und Psychotherapie	Oberwil bei Zug	

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	**An den Standorten**	**Zusammenarbeit im Versorgungs-netz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Ernährungsberatung	Oberwil bei Zug	
Neuropsychologie	Oberwil bei Zug	
Physiotherapie	Oberwil bei Zug	
Psychologie	Oberwil bei Zug	
Psychotherapie	Oberwil bei Zug	

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2012

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	**Anzahl angebotene Betreuungsplätze**	**Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen**	
Ambulant	---	---	---	Anschluss- und Übergangsbe-handlungen sind möglich
Tagesklinik	63			Anschluss- und Übergangsbe-handlungen sind möglich

Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	**Anzahl behandelter Patienten**	**Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen**	**Geleistete Pflegetage**
Stationär	124	1334 (Austritte)	32.8	43722
Fürsorgerische Unterbringung bei Eintritt (unfreiwilliger Eintritt)	---	415	35.3	16236

Hauptaustrittsdiagnose			
ICD-Nr.	**Diagnose**	**Anzahl Patienten**	**In Prozent**
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	73	5%
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	311	23%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	253	19%
F3	Affektive Störungen	382	29%
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung	135	10%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	8	1%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	76	6%
F7	Intelligenzminderung	17	1%
F8	Entwicklungsstörungen	2	0%
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2	0%
G2	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	7	1%
G3	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	68	5%
	Total	1334	100%

D Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Patientenzufriedenheit.		
	☐ Im **Berichtsjahr 2012** wurde eine Messung durchgeführt.		
	☒ Im **Berichtsjahr 2012** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb		Siehe Qualitätsbericht 2011
Resultate pro Bereich	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

☐	Die Auswertung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
	Begründung
☒	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☐ Mecon ☐ Picker ☐ PEQ ☒ MüPF(-27) ☐ POC(-18) ☐ PZ Benchmark	☐ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instruments	MüPF 27 Fragebogen zur Patientenzufriedenheit	Name des Messinstituts	Universität Neuchâtel
☐ Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments				

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien				
	Ausschlusskriterien				
Anzahl vollständige und valide Fragebogen					
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☐ Ja	

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben– zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?		
☐	**Nein**, unser Betrieb hat **kein** Beschwerdemanagement / **keine** Ombudsstelle.	
☒	**Ja,** unser Betrieb hat **ein Beschwerdemanagement** / **eine Ombudsstelle**.	
	Bezeichnung der Stelle	Direktionsassistenz
	Name der Ansprechperson	Judith Satter-Andermatt
	Funktion	
	Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Via Zentrale 041 726 33 00 / Mo bis Do
	Bemerkungen	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Kaffeemaschinen	Gratis Kaffee zu den Mahlzeiten für Patienten auf den Stationen	Hotellerie	Januar 2012
Mineralwasser	Gratis-Mineralwasser (zusätzlich zu Tee) zu den Mahlzeiten	Hotellerie	02/ 2012

D2 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.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?		
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst** die Angehörigenzufriedenheit **nicht**.	
	Begründung	Angehörige haben die Möglichkeit direktes Feedback schriftlich oder persönlich abzugeben

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit **nicht**.			
	Begründung			
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit.			
	☐ Im **Berichtsjahr 2012** wurde eine Messung durchgeführt.			
	☒ Im **Berichtsjahr 2012** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb		Siehe Qualitätsbericht 2011
Resultate pro Bereich	**Ergebnisse**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

☐	Die Auswertung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☒	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instruments	Cash Award 2010	Name des Messinstituts	ICommit AG
☐	Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments				

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien				
	Ausschlusskriterien				
Anzahl vollständige und valide Fragebogen					
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☐ Ja	

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst** die Zuweiserzufriedenheit **nicht**.			
	Begründung			
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Zuweiserzufriedenheit.			
	☒ Im **Berichtsjahr 2012** wurde eine Messung durchgeführt.			
	☐ Im **Berichtsjahr 2012** wurde allerdings keine Messung durchgeführt.			
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2012	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	**71.0**	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von **0 (= minimale Zufriedenheit)** bis **100 (= maximale Zufriedenheit)**. Die Gesamtzufriedenheit ist der Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Bereich	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Leistungsspektrum	69.8	3 Fragen zum Messthema „Leistungsspektrum“
Organisation	68.6	4 Fragen zum Messthema „Organisation“
Einweisungsprozess	76.1	6 Fragen zum Messthema „Einweisungsprozess“
Zusammenarbeit	73.7	8 Fragen zum Messthema „Zusammenarbeit“
Berichtwesen	70.2	6 Fragen zum Messthema „Berichtwesen“
Patientenzufr. /Image	67.5	10 Fragen zum Messthema „Patientenzufriedenheit / Image“
Kommentar: -		
☐	Die Auswertung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☒	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instruments	MECON-Zuweiserfragebogen	Name des Messinstituts	MECON measure & consult GmbH
☐	Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments	standardisierte schriftliche Zuweiserbefragung; validiertes Messinstrument			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Berichtswesen	Schneller Versand der Austrittsberichte: ▪ Anpassung des Ablaufs ▪ Reduktion von 2 Berichten auf einen Bericht ▪ Fortwährende Berichtsentwicklung während der Hospitalisation		Laufend

E ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger", der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

E2 ANQ-Indikatoren Psychiatrie

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Die ANQ-Messvorgaben gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Gerontopsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsmessungen empfohlen.

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Messung der Symptombelastung mittels HoNOS Adults	☒	☐	☐
Messung der Symptombelastung mittels BSCL	☒	☐	☐
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels EFM	☒	☐	☐
Bemerkung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Evaluation Research Institute der Universitären Psychiatrischen Klinik (UPK) Basel

Erläuterung zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch/psychiatrie

E2-1 Symptombelastung mittels HoNOS Adults

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung (im ANQ als Delta zwischen Ein- und Austritt). Mit dem HoNOS wird das Gesamtbild der Situation eines Patienten mittels 12 Items erhoben. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse
Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie
Bemerkung

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie		
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Anzahl der untersuchten Patienten vom 01.07.2012 bis 31.12.2012		553	In Prozent	100
Bemerkung		Die Ergebnisse wurden erst im Juni 2013 publiziert, so dass erst im 2013 Aktivitäten auf Basis der Auswertungen gestartet werden können. Die Datenqualität lag im Vergleich über dem Durchschnitt der teilnehmenden Kliniken.		

E2-2 Symptombelastung mittels BSCL

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung (im ANQ als Delta zwischen Ein- und Austritt). Mit dem BSCL wird das Gesamtbild der Situation eines Patienten mittels 53 Items erhoben. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse
Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zum gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie
Bemerkung

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie		
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Anzahl der untersuchten Patienten vom 01.01.2012 bis 31.12.2012		299	In Prozent	54.1
Bemerkung		Die fehlenden Messungen sind legale DropOuts gemäss Konzept der Outcome-Messungen. Die Ergebnisse wurden erst im Juni 2013 publiziert, so dass erst im 2013 Aktivitäten auf Basis der Auswertungen gestartet werden können. Die Datenqualität lag im Vergleich über dem Durchschnitt der teilnehmenden Kliniken.		

E2-3 Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM

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 bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie gerontotypische Sicherheitsmassnahmen wie Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen sollen in der Psychiatrie selten und nur in gut begründeten Ausnahmefällen eingesetzt werden, nämlich dann, wenn durch die psychische Krankheit vom Patienten eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen sind dabei **zwingend** zu berücksichtigen, insbesondere das neue Kinds- und Erwachsenenschutzgesetz sowie die diesbezüglichen kantonalen Einführungs- und Ausführungsbestimmungen. Überdies liegen der Erfassung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen die ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) sowie die klinikinternen Richtlinien und Bestimmungen zugrunde.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse
Der Gesamtbericht mit den Auswertungen wird zu gegebenem Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie
Bemerkung

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Erwachsenenpsychiatrie		
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie		
Anzahl der untersuchten Patienten Vom 01.07.2012 bis 31.12.2012		69	In Prozent	12.48
Bemerkung		Die Ergebnisse wurden erst im Juni 2013 publiziert, so dass erst im 2013 Aktivitäten auf Basis der Auswertungen gestartet werden können. Ein Vergleich mit anderen psychiatrischen Kliniken wurde nicht durchgeführt. Die Datenqualität lag im Vergleich über dem Durchschnitt der teilnehmenden Kliniken.		

F Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	**Stürze (andere als mit der Methode LPZ)**
Was wird gemessen?	Anzahl Stürze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?				
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	**Anzahl mit Behandlungsfolgen**	**Anzahl ohne Behandlungsfolge**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
139	21	118	Die Stürze verteilen sich auf insgesamt 62 Patienten

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien	Keine		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		1334	Anteil in Prozent	4.64 Prozent
Bemerkung				

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	Neue – während der Hospitalisation – aufgetretene Dekubiti

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐ ...nur an folgenden Standorten:	
☒	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse		
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	**Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
	1	

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
	Begründung	
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
☒	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
☐	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien			
	Ausschlusskriterien	Keine		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		1334	Anteil in Prozent	0.07
Bemerkung				

G Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?	
☐	**Nein**, unser Betrieb nimmt an **keinen Registern** teil.
	Begründung
☒	**Ja,** unser Betrieb nimmt an folgenden **Registern** teil.

Registerübersicht				
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**	**An den Standorten**
AMSP (Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie)	Psychiatrie	AMSP e. V.	Laufend	Gesamte Klinik
Bemerkung				

H Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
ISO 9001:2008	Gesamte Organisation	2010		Rezertifizierung 2013

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Einsatz eines CIRS	KVP, klinisches Risikomanagement	Ganze Klinik	laufend
Ausbildung und Anwendung von Techniken des Aggressions /Deeskalations-managements	Vermeidung von Zwangsmassnahmen, Schutz der Patienten und Mitarbeitenden	Ganze Klinik	laufend
Mentorengruppe Pflege	Überprüfung der Pflegedokumentation, Vorbildfunktion für Pflegende, Einbringen von neuen Projekten in der Pflege	Ganze Klinik / Pflege	laufend
Interne Fortbildungen	Fachkompetenz aufbauen und erhalten	Ganze Klinik	laufend
Peer Support	Experte/in aus Erfahrung unterstützt aktuell hospitalisierte Patienten/innen	Pilotprojekt auf einer Akutstation	11/2012 – 09/2013
Menübesprechung mit der Ernährungsberatung	In regelmässigen Besprechungen werden die Menüs für Patienten und Mitarbeitende mit der Leitung Hotellerie, der Leitung Küche und der Ernährungsberatung geplant. Ziel ist eine gesunde, ausgewogene Kost für Patienten und Mitarbeitende	Hotellerie	Start im 2012, seither laufend

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitel	**Peer Support**	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Experte/in aus Erfahrung unterstützt aktuell hospitalisierte Patienten/innen	
Beschreibung		
Projektablauf / Methodik	Festlegung der Pilotstation Festlegung des Projektzeitraums von November 2012 bis September 2013 Interne Fortbildung der Pflegenden zur Information über den Peer-Support Feste Beratungstermine durch den Peer-Support auf der Pilotstation	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☒ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? 1 Akutstation als Pilotstation	
Involvierte Berufsgruppen	Pflege	
Projektevaluation / Konsequenzen	Läuft noch Festanstellung als laufendes Angebot für alle Stationen im 2013 ist vorgesehen	
Weiterführende Unterlagen		

I Schlusswort und Ausblick

Die Psychiatrische Klinik Zugersee verfolgt konsequent ihr Motto „offen und herzlich“ im Kontakt mit Patienten und Angehörigen, Zuweisern und Nachbehandlern.

Anhand der Zahlen lässt sich deutlich erkennen, dass 2012 ein erfolgreiches Jahr für die Klinik Zugersee war. Neue Herausforderungen wie die Umsetzung der Messvorgaben für das ANQ-Projekt wurden erfolgreich gemeistert und die Klinik ist gut gerüstet ins neue Jahr gestartet.

Der nächste grosse Meilenstein für 2013 ist das Rezertifizierungsaudit im Juni.

Die Weiterentwicklung und kontinuierliche Verbesserung des QM-Systems, der Ausbau der Angehörigenarbeit und weitere Projekte versprechen für 2013 ein anspruchsvolles aber auch sehr spannendes Jahr.