

Qualitätsbericht 2013

Version 7.0



Privatlinik MENTALVA, Cazis



Klinik Waldhaus, Chur



Klinik Beverin, Cazis

Psychiatrische Dienste Graubünden
Loëstrasse 220
7000 Chur
www.pdgr.ch



Psychiatrie

Freigabe am: 01.05.2014
durch: Josef Müller, CEO

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und 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	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	6
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	6
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013	6
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	7
C1	Angebotsübersicht	7
C2	Kennzahlen 2013	9
D	Zufriedenheitsmessungen	10
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	10
D2	Angehörigenzufriedenheit	11
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	12
D4	Zuweiserzufriedenheit	13
E2	Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie	14
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	17
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	17
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	18
F6	Weiteres Messthema	19
G	Registerübersicht	20
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	20
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	20
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	22
I	Schlusswort und Ausblick	23
	Herausgeber	24

A

Einleitung

Die Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) sind eine selbstständige Anstalt des kantonalen öffentlichen Rechts. Sie gewährleisten die psychiatrische Versorgung der Erwachsenen im Kanton Graubünden.

Weiter umfasst das Angebot im Heimbereich Wohnheime, Wohngruppen und geschützte Arbeitsplätze (ARBES). Dies ermöglicht individuelle Lösungen für Menschen mit einer psychischen oder geistigen Beeinträchtigung.

Eine rasche Genesung der Patienten, Wiedereingliederung in die Gesellschaft, Erreichen einer guten Lebensqualität trotz Beeinträchtigung: Dies wollen wir mit unserem Wirken für unsere Patienten, Klienten und Bewohner erreichen.

Die PDGR behandeln und betreuen alle psychiatrischen Krankheitsbilder. Dies mit unterschiedlichen Behandlungen in Form von ambulanten Sprechstunden, Tagesklinik-Strukturen oder stationären Klinik-Aufenthalten.

Die PDGR bieten Aus- und Weiterbildungsplätze für Assistenzärzte, für Berufe im Gesundheitswesen, sozialpädagogische, gewerbliche und kaufmännische Berufe an.

Unsere Leistungen basieren auf neuen, wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen. Ein hoher Stellenwert haben die Psychotherapie und die individuelle Bezugspflege. Komplementärmedizinische Behandlungsformen und weitere therapeutische Spezialisierungen wie z.B. EKT ergänzen das therapeutische Angebot. Ausgangspunkt sind die betroffenen Menschen mit ihren persönlichen Anliegen. Diese sind Bestandteil des gemeinsam entwickelten Therapieplans. Das Angebot der PDGR-Kliniken:

Ambulant

- Ambulanter Psychiatrischer Dienst
- Ambulanter Forensischer Dienst
- Heroingestützte Behandlung

Tageskliniken / -zentren

- 5 Allgemeinpsychiatrische Tageskliniken (mit Memory-Klinik am Standort St. Moritz)
- 2 Gerontopsychiatrische Tageskliniken inklusive Memory-Klinik
- 1 Psychotherapeutische Tagesklinik
- 2 Tageszentren

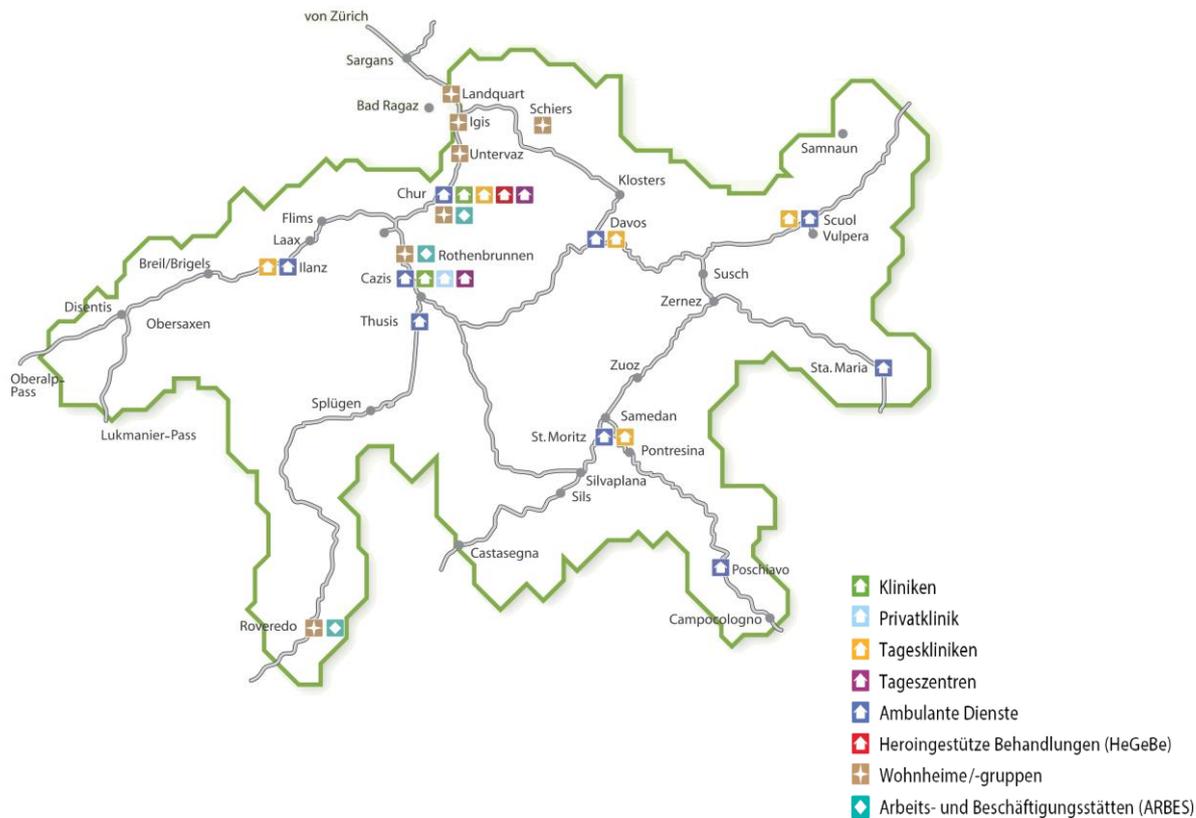
Stationär

- Akutpsychiatrie/Rehabilitation
- Gerontopsychiatrie
- Spezialpsychiatrie: Psychotherapie, Behandlung von Suchterkrankungen, Tinnitusbehandlung
- Forensik
- Hospitalisation von Mutter und Kind (Mutter-Kind-Station)

Die stationäre Versorgung wird in den Kliniken Beverin (Cazis) und Waldhaus (Chur) sichergestellt; es stehen 222 Betten zur Verfügung. Die Ausstattung der modernen Zimmer berücksichtigt die Bedürfnisse unserer Patienten. In Cazis führen wir die Privatklinik MENTALVA. 2013 wurde eine allgemeinpsychiatrische Tagesklinik in Scuol eröffnet.

Die ambulanten Dienste und die allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken gewährleisten die regionale ambulante, sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Versorgung. Unsere Angebote sind bedürfnisgerecht den regionalen und sprachlichen Gegebenheiten angepasst. Die dezentrale Struktur gewährleistet eine individuelle, flächendeckende Versorgung.

Standorte der PDGR



Organisationsform

Die prozessorientierte Organisationsstruktur und die intensive Zusammenarbeit der verschiedenen spezialisierten Berufsgruppen sichern eine hohe Behandlungsqualität.



Qualitätsmanagement

Die Erstzertifizierung nach ISO 9001 erfolgte im Jahr der Verselbständigung (2001), die letzte Rezertifizierung im Mai 2013.

Weitere Informationen finden Sie unter www.pdgr.ch

Freundlich grüssen

Ihre Psychiatrischen Dienste Graubünden

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Gemeinsam und kompetent für Lebensqualität – dies ist die Vision der PDGR. Zur Gewährleistung einer hohen Prozess- und Ergebnisqualität arbeiten wir nach dem Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung.

Verschiedene Daten werden regelmässig nach definierten Standards ausgewertet. Damit überwachen wir laufend die Zufriedenheit unserer externen und internen Anspruchsgruppen. Bei Bedarf definieren wir Massnahmen und setzen diese systematisch um.

Basierend auf unseren strategischen Grundsätzen legen wir messbare und stufengerechte Ziele fest. Folgende Verfahren und Instrumente unterstützen die Erreichung der Ziele und liefern objektive Daten:

- Zielsystem der PDGR (Balanced Score Card): Jährliche Zielvereinbarungen, halbjährliche Zielberichte
- Nationale Qualitätsmessungen gemäss Vorgaben ANQ
- Externe und interne Audits ISO 9001 / BSV-IV 2000
- Befragungen Patienten, Klienten, Bewohner, Behandlungspartner, Mitarbeitende, Auszubildende
- Meldung besondere Ereignisse
- Beschwerdemanagement
- Verbesserungsmanagement (Ideenpool)
- Interne und externe Weiterbildung der Mitarbeitenden
- Massnahmenmanagement, Projektmanagement: Halbjährliche Stuserhebungen

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

- Mitarbeiterbefragung (durch externes Institut)
- Rezertifizierungsaudit ISO 9001 im Mai 2013
- Aufbau von Strukturen zur ethischen Unterstützung in der Medizin
- Aufbau BGM (Betriebliches Gesundheits-Management)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

- Die 2013 gesetzten Unternehmensziele wurden erreicht
- Die Mitarbeiterbefragung 2013 ergab eine sehr hohe Gesamtzufriedenheit von 73.6%
- Rezertifizierungsaudit ISO 9001 mit einem guten Ergebnis bestanden (Null Abweichungen)

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Personelle Ressourcen quantitativ u. qualitativ weiterhin sicherstellen/systematische Mitarbeiterentwicklung
- Vernetzung mit Behandlungspartnern ausbauen
- Alle Prozesse nach WZW ausrichten, das QM-System weiter nutzbringend bewirtschaften
- Umsetzung BGM (Betriebliches Gesundheits-Management)
- ANQ Ergebnis- und Datenqualität durch Schulungen steigern
- Ausbau des bestehenden Reportings „Meldung besondere Ereignisse“ zu einem umfassenden CIRS
- Regelmässige Diskussion der Qualitätsentwicklung

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt

100%

Stellenprozentage zur Verfügung.
100% inkl. Qualitätsbeauftragte

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Qualitätsbeauftragte Domenika Schnider Neuwiler*	+41 58 225 25 04	domenika.schnider @pdgr.ch	Leiterin UE Management Mitglied der Geschäftsleitung
Qualitätsleiter Jürg Baumberger	+41 58 225 25 50	juerg.baumberger @pdgr.ch	Bereichsleiter Unternehmensplanung und - entwicklung

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Psychiatrische Dienste Graubünden → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe					
<input checked="" type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	und folgendem Angebot:			
		Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	Langzeitpflege
	Psychiatrische Dienste Graubünden Klinik Waldhaus, 7000 Chur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psychiatrische Dienste Graubünden Klinik Beverin, 7402 Cazis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psychiatrische Dienste Graubünden Privatklinik MENTALVA, 7402 Cazis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Ambulanter psychiatrischer Dienst	Region Südbünden: Poschiavo, Scuol, St. Maria, St. Moritz Region Nordbünden: Chur, Prättigau-Davos, Mittelbünden, Surselva	
Ambulanter forensischer Dienst	Cazis	
Allgemeinpsychiatrische Tageskliniken	Chur, Ilanz, Davos, St. Moritz, Scuol	
Gerontopsychiatrische Tageskliniken	Chur, Ilanz	
Gerontopsychiatrie: Memory Klinik (Demenzabklärung)	Chur, Ilanz, St. Moritz	
Spezialpsychiatrie: Psychotherapeutische Tagesklinik	Chur	
Spezialpsychiatrie: Heroingestützte Behandlung	Chur (Ambulatorium Neumühle)	

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)	
Stationär	Akutpsychiatrie	Chur, Cazis	
	Rehabilitation	Chur	
	Gerontopsychiatrie	Chur, Cazis	
	Gerontopsychiatrie: Psychotherapie für Menschen über 55	Cazis	
	Spezialpsychiatrie: Psychotherapie	Chur	
	Spezialpsychiatrie: Suchterkrankungen	Cazis	
	Spezialpsychiatrie: Tinnitusbehandlung	Chur	
	Stationärer forensischer Dienst	Cazis	
	Privatklinik MENTALVA	Cazis	
	Mutter-Kind-Station	Cazis	

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 Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Elektrokrampftherapie	Chur	KSGR
ADHS	Chur	
Psychosomatische Energetik	Chur, Cazis	
Komplementärmedizinisches Angebot	Chur, Cazis	
Gedächtnissprechstunde	Chur, Cazis	
Ambulantes Kognitives Training	Chur, Cazis	
Angehörigenarbeit	Chur, Cazis	
Tiergestützte Therapie	Chur, Cazis	
Ernährungsberatung	Chur, Cazis	KSGR
Physiotherapie	Chur, Cazis	Niedergelassene Physiotherapeuten

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

[Jahresbericht 2013](#)

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2013

Kennzahlen ambulant			
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen
Ambulant	5'496	---	---
Tagesklinik	21'886 (Tage)	92.67	

Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Geleistete Pflegetage
Stationär	222	1'976	39.86	78'755
Fürsorgerische Unterbringung bei Eintritt (unfreiwilliger Eintritt)	198			

Hauptaustrittsdiagnose stationär			
ICD-Nr.	Diagnose	Anzahl Patienten	In Prozent
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	122	7%
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	469	27%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	245	14%
F3	Affektive Störungen	547	31%
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung	195	11%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	5	0%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	81	5%
F7	Intelligenzminderung	8	0%
F8	Entwicklungsstörungen	1	0%
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	13	1%
	Weitere	79	4%
	Total	1'765	100%



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?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	<input type="text" value="2012"/>	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: <input type="text" value="2015"/>

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	84.3%	Mittelwert über alle Bereiche; Ziel erreicht (min. 80%)
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Bereich Ambulant	93.1%	Ziel erreicht (min. 80%)
Bereich stationär	77.3%	Ziel knapp verfehlt (min. 80%)
Bereich Tageskliniken	82.5%	Ziel erreicht (min. 80%)
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/>	Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments		Name des Messinstituts
<input type="checkbox"/>	PEQ			
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)			
<input checked="" type="checkbox"/>	POC(-18)			
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<u>Stationär und Tageskliniken:</u> Alle Patienten bei einer Mutation (Austritt oder Verlegung), welche seit mindestens 48 Stunden eingetreten sind. Mind. 24 Stunden zwischen zwei Erhebungen desselben Patienten. Letzte zwei Wochen: Zusätzlich Befragung aller Patienten, welche keinen Austritt in Aussicht haben. <u>Forensischer Bereich:</u> Befragung aller Patienten, welche seit mind. einer Woche auf der Station sind. <u>Ambulanten Bereich:</u> Alle Patienten, ab zweiten Besuch einer Sprechstunde.	
	Ausschlusskriterien	Entwichene Patienten. Wegen Fremdgefahr entlassene bzw. sehr aggressive Patienten. Schwer kognitiv beeinträchtigte Patienten (bspw. Demenz). Patienten unter 14 Jahren. Patienten, die sich klar verweigern. Mangelnde Sprachkenntnisse. Erstkontakt (nur Ambulant).	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		Ambulant 355, Stationär 313, Tageskliniken 240	
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.
Bezeichnung der Stelle	Unternehmensplanung und –entwicklung
Name der Ansprechperson	Jürg Baumberger
Funktion	Bereichsleiter
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	+41 58 225 25 50, juerg.baumberger@pdgr.ch
Bemerkungen	Ombudsstelle für die UE Heimzentren und UE Kliniken: Ombudsfachfrau lic. Jur. Elisabeth Blumer Quaderstrasse 5, Postfach 26 7002 Chur www.osab-gr.ch

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Behandlungsentscheide	Noch stärkeren Einbezug der Patienten in die Behandlungsplanung.	Akutpsychiatrie/ Rehabilitation	Jan. bis Dez. 2013
Information zu Medikamenten	Die Information weiter verbessern.	Alle Bereiche	Jan. bis Dez. 2013

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?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht.

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?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	<input type="text" value="2010"/>	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: <input type="text" value="2016"/>

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	73.6%	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Direktion / UE Management	77.3%	Gesamtzufriedenheit der MA der Unternehmenseinheit
UE Kliniken	75.8%	Gesamtzufriedenheit der MA der Unternehmenseinheit
UE Heimzentren	72.3%	Gesamtzufriedenheit der MA der Unternehmenseinheit
UE Finanzen und Support	69.6%	Gesamtzufriedenheit der MA der Unternehmenseinheit
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
Name des Instruments	<input type="text" value="Mitarbeiterbefragung"/>	Name des Messinstituts	<input type="text" value="NPO PLUS"/>

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	<input type="text" value="Mitarbeitende der PDGR"/>	
	Ausschlusskriterien	<input type="text" value="Praktikanten, Lernende/Studierende"/>	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	<input type="text" value="484"/>		
Rücklauf in Prozent	<input type="text" value="66.6%"/>	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
<input type="text" value="Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit"/>	<input type="text" value="Bewusstsein und Kenntnisse zu diesen Themen vertiefen."/>	<input type="text" value="Alle Bereiche"/>	<input type="text" value="Jan. bis Dez. 2014"/>

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?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 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?		
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	68.5%	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	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Leistungsspektrum	72.7%	3 Fragen zum Messthema „Leistungsspektrum“
Organisation	63.1%	4 Fragen zum Messthema „Organisation“
Einweisungsprozess	73.3%	6 Fragen zum Messthema „Einweisungsprozess“
Zusammenarbeit	72%	8 Fragen zum Messthema „Zusammenarbeit“
Berichtswesen	62.6%	6 Fragen zum Messthema „Berichtswesen“
Patientenzufriedenheit / Image	67.1%	10 Fragen zum Messthema „Patientenzufriedenheit / Image“
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
Name des Instruments	MECON-Zuweiserbefragung	Name des Messinstituts	MECON measure & consult GmbH
Beschreibung des Instruments	Standardisierte schriftliche Zuweiserbefragung; validiertes Messinstrument.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Zuweiser der Kantone Graubünden, Glarus sowie Fürstentum Liechtenstein und alle anderen Zuweiser der Schweiz, welche mindestens einmal zugewiesen haben.	
	Ausschlusskriterien	Keine	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	Auswertung 2014 noch ausstehend.		
Rücklauf in Prozent	Noch offen	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern 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 der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E2 Nationale Qualitätsmessungen in der 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 Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet. Zusätzlich werden freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben, insofern eine Klinik solche einsetzt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Erwachsenenpsychiatrie			
Symptombelastung mittels HoNOS Adults (Fremdbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung mittels BSCL (Selbstbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels EFM	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel		

Da die Psychiatriekliniken sehr unterschiedliche Patientengruppen haben, lassen sich die klinikindividuellen Messergebnisse nur punktuell vergleichen. Nationale Vergleichswerte von Kliniken finden sich im Nationalen Vergleichsbericht Outcome des ANQ.

National vergleichende Messergebnisse
Der nationale Vergleichsbericht Outcome (Messungen 2013) wird im Herbst 2014 auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie

E2-1 Erwachsenenpsychiatrie

Die nationalen Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie erfolgen seit dem 1. Juli 2012.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Symptombelastung mittels HoNOS Adults

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Fremdbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹	Maximal mögliche Verbesserung
5.67	7.19	- 48 Punkte	+ 48 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Angaben beziehen sich auf die Auswertung des zweiten Halbjahres 2012.			

¹ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOS auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 12 symptombezogenen HoNOS- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Symptombelastung mittels BSCL

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten.

Klinikindividuelle Ergebnisse			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ²	Maximal mögliche Verbesserung
31.33	33.26	- 212 Punkte	+ 212 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Angaben beziehen sich auf die Auswertung des zweiten Halbjahres 2012.			

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. Diese sollten selten und nur gut begründet und v.a. unter zwingender Beachtung der nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie gerontotypische Sicherheitsmassnahmen wie Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen
National vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: www.anq.ch/psychiatrie
Deskriptive Angaben zur Erhebung finden sich im Kapitel F4.

Verbesserungsaktivitäten in der Erwachsenenpsychiatrie

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Interne Schulungen ANQ	Key-User auf aktuellem Stand, Datenqualität weiter verbessern.	UE Kliniken	laufend
Behandlungsplanung	Die HoNOS- und BSCL-Ergebnisse sind in der Behandlungsplanung integriert.	UE Kliniken	bis Mitte 2014

Erläuterung zu den einzelnen Messungen und Methoden finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Webseite des ANQs: www.anq.ch/rehabilitation

² Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim BSCL auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht der Patientin resp. des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient bei Eintritt in seiner Selbsteinschätzung komplett ohne Symptome eintritt und bei Austritt in seiner Selbsteinschätzung bei allen 53 symptombezogenen BSCL-Fragen eine totale Verschlechterung eingetreten ist. „+ 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient in der Selbsteinschätzung bei Klinikeintritt maximal symptombelastet ist und sich bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Anzahl Stürze mit und ohne Verletzung		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
33	21	12	Keine Bemerkungen
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Besondere Ereignisse
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Stürze	
	Ausschlusskriterien	Keine	
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		33	
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Sturzprophylaxe	Das Pflegepersonal ist betreffend „Sturz- prophylaxe“ sensibilisiert und geschult. Der Behandlungsstandard ist prozess- und ergebnis- orientiert angepasst.	Gerontopsychiatrie	2014

F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Anzahl Dekubitus		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
-	1	Keine Bemerkungen	

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Intensität von Isolation und Fixierung (Intensität = Häufigkeit * Dauer pro Fall) sowie Dokumentation der Häufigkeit von Zwangsmedikation oral, Zwangsmedikation Injektion, Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und Sicherheitsmassnahmen im Bett.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken /
Fachbereichen / Abteilungen,
oder... → | <input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken /
Fachbereichen / Abteilungen: |
|--|---|

Messergebnisse

Freiheitsbeschränkende Massnahmen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Isolation, Fixation, Sicherung Stuhl, Sicherung Bett	Gegenüber Vorjahr Anstieg um knapp ein Drittel. Im langjährigen Vergleich liegt die Anzahl Massnahmen im üblichen Rahmen.

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. | Name des Instruments: | Auswertung „Sichernde Massnahmen“ |
|---|-----------------------|-----------------------------------|

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, bei denen freiheitsbeschränkende Massnahmen zur Anwendung kamen.
	Ausschlusskriterien	Keine
Anzahl Patienten mit einer Freiheitsbeschränkender Massnahme		131

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Aggressions- und Deeskalationstraining	Das Pflegepersonal ist in "Aggressionsmanagement" und "Deeskalation" durch unsere Aggressionstrainer geschult und Refresher-Kurse sind geplant.	Notfallstation Forensik Nachdienst	laufend

F6 Weiteres Messthema

Messthema	Meldung besondere Ereignisse
Was wird gemessen?	Stürze, Tötlichkeiten, Drohungen, Abgabe nicht verordneter Medikamente, Sachbeschädigung, sexuelle Belästigung, Suizide, Selbstverletzung mit ärztlicher Versorgung, Unfälle, Entweichungen, Diebstahl

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?

Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → ...nur an folgenden Standorten:

Messergebnisse

Messthema	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Anzahl Ereignisse total, Anzahl Ereignisse pro Ereignisart	Anzahl Ereignisse liegt im Vergleich mit den Vorjahren im üblichen Rahmen. Häufigste Ereignisse in diesem Jahr: Sturz mit Verletzung und Tötlichkeiten. Starker Rückgang der Entweichungen aus geschlossener Station gegenüber Vorjahr.

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013

Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt. Name des Instruments: Auswertung „Besondere Ereignisse“

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten und Bewohner, welche ein besonderes Ereignis verursachten.
	Ausschlusskriterien	Keine
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		2013 total 116 besondere Ereignisse

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Aggressions- und Deeskalationstraining	Das Pflegepersonal ist in "Aggressionsmanagement" und "Deeskalation" durch unsere Aggressionstrainer geschult.	Notfallstation Forensik Nachdienst	laufend
Sturzprophylaxe	Das Pflegepersonal ist betreffend „Sturzprophylaxe“ sensibilisiert und geschult. Der Behandlungsstandard ist prozess- und ergebnisorientiert angepasst.	Gerontopsychiatrie	2014

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?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil.
Begründung	Aus heutiger Sicht besteht kein Bedarf.

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 / BSV-IV 2000	Geschäftsleitung sowie folgende Unternehmenseinheiten: <ul style="list-style-type: none"> • Management • Kliniken • Heimzentren • Finanzen und Support 	2001	2013	Rezertifizierung alle 3 Jahre
H+ Arbeitssicherheit Branchenlösung	PDGR	2006	2011	Es wird kein Zertifikat ausgestellt
REKOLE	<ul style="list-style-type: none"> • Klinik Waldhaus, Chur • Klinik Beverin, Cazis • Ambulante Dienste • Tageskliniken • Tageszentren • HeGeBe 	2010		Rezertifizierung alle 4 Jahre
Qualitätskontrolle CSCQ (Schweizerisches Zentrum für Qualitätskontrolle)	Labor	---	2013	4 Ringversuche jährlich

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
TARPSY Datenübertragung	Mitwirkung bei der Entwicklung eines nationalen, leistungsorientierten Tarifsystems als Pilotbetrieb.	UE Finanzen und Support	Jan. 2011 bis ca. 2015
Personalentwicklung	Personelle Ressourcen qualitativ und quantitativ langfristig sicherstellen.	PDGR	Jun. 2013 bis Mitte 2014
Rauchfreie Klinik	Eindeutig definierte Raucherzonen. Haltung der PDGR zum Rauchen klar darlegen.	PDGR	Jan. 2014 bis Dez. 2014
ANQ	Hohe Daten- und Ergebnisqualität.	UE Kliniken	Jan. 2012 bis auf weiteres
KIS Fachkommission	KIS Betrieb sicherstellen und weiterentwickeln.	PDGR	permanente Arbeitsgruppe
Fort- und Weiterbildung	Planung der internen Fortbildungen, Weiterentwicklung Fortbildungsangebote.	PDGR	permanente Arbeitsgruppe
Sicherheit	Koordination sicherheitsrelevanter Fragestellungen.	PDGR	permanente Arbeitsgruppe
Ethik	Umsetzung von Strukturen zur ethischen Unterstützung in der Medizin.	PDGR	permanente Arbeitsgruppe

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?

Ja, unser Betrieb hat ein manuelles CIRS eingeführt.

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit) aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitle	Prozessoptimierung Kundenadministration	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Erhöhung der Kundenzufriedenheit durch klare, einfache und somit effiziente Prozesse.	
Beschreibung	Erarbeitung von Lösungen basierend auf einer Projektvereinbarung mit SMART formulieren Zielen. Konzeption, Umsetzung, Schlussbericht.	
Projekttablauf / Methodik	Projektmanagement mit standardisierten und terminierten Phasen.	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb.	
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende der UE Finanzen und Support, Kliniken und Heimzentren.	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Schnellere, transparente und wiederholbare Prozesse in der Kundenadministration, Erhöhung der Zufriedenheit bei Kunden, Behandlungspartnern und Mitarbeitern.	

Projekttitle	Demenzgerechter Garten	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Realisierung eines demenzgerechten Gartens.	
Beschreibung	Erarbeitung von Lösungen basierend auf einer Projektvereinbarung mit SMART formulieren Zielen. Konzeption, Umsetzung, Schlussbericht.	
Projekttablauf / Methodik	Projektmanagement mit standardisierten und terminierten Phasen.	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Gerontopsychiatrie	
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende der UE Kliniken und des Bereichs Infrastruktur.	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Zusätzlicher therapeutischer Nutzen dank einem demenzgerecht gestalteten Garten.	

Projekttitle	Triage	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Triageprozess für Patienten und Behandlungspartner im stationären Bereich optimieren, Zufriedenheit erhöhen.	
Beschreibung	Erarbeitung von Lösungen basierend auf einer Projektvereinbarung mit SMART formulieren Zielen. Konzeption, Umsetzung, Schlussbericht.	
Projekttablauf / Methodik	Projektmanagement mit standardisierten und terminierten Phasen.	
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? UE Kliniken	
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende der UE Kliniken.	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Durch die Optimierung des Triageprozesses und der Anstellung einer Triagefachperson wurde dieser Prozess deutlich spürbar verbessert. Die Zufriedenheit der Patienten und Behandlungspartner konnte dadurch erhöht werden.	

Basierend auf unserer Vision „Kompetent und gemeinsam für Lebensqualität“ haben wir unsere Angebote auch 2013 erweitert und ausgebaut.

Individualität und Flexibilität werden weiter zunehmen. Neue Aufgaben und Strukturen sind daher in immer kürzerer Zeit zu realisieren. Dieser Herausforderung sind wir dank schlanker Führungsstrukturen und kundenorientierter Prozesse gewachsen. Für die Gestaltung und Verbesserung von Prozessen orientieren wir uns am strategischen Grundsatz „WZW“ (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit).

Kundenorientierung ist uns sehr wichtig. Dazu gehört weiterhin die permanente Weiterentwicklung bedarfsgerechter und qualitativ hochstehender Angebote. Dank einer guten Infrastruktur und eines vielfältigen und preisgünstigen Angebots sind wir auch für Patienten ausserhalb des Kantons attraktiver geworden. Die steigende Nachfrage erlaubt es, die Infrastrukturen optimal auszunutzen.

Unser Kapital sind kompetente und engagierte Mitarbeiter. Ein zielgerichtetes sowie vielfältiges Aus- und Weiterbildungsangebot leistet dazu einen wesentlichen Beitrag. Verschiedene Anlässe für Mitarbeitende und hohe Ansprüche an die interne Kundenorientierung unterstützen den Erhalt unseres guten Betriebsklimas. Ebenfalls fördert die laufende Auseinandersetzung mit unserem Leitbild die angenehme Unternehmenskultur.

An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an alle Mitarbeitenden. Unseren Kunden danken wir für das Vertrauen in die PDGR.

Jahresbericht 2013, Botschaft von Josef Müller, CEO der PDGR:

Unsere Stärken sind individuelle Behandlung und Betreuung der Patienten und Klienten mit ganz unterschiedlichen Ansprüchen.

